

Rio al Mar Organización de Planificación Transporte
Título VI / Programa Antidiscriminatorio
Querrela de Discriminación

| | |
|-------------------------|----------------------------------|
| Nombre del querellante: | Dirección: |
| Número de teléfono: | Dirección de correo electrónico: |

Nombre, dirección, teléfono y relación (ej. amigo, abogado, pariente, etc.) del Representante del querellante:

Nombre y dirección de la Agencia, Institución, o Departamento que usted alega discrimino en su contra:

Nombre(s) del Individuo(s) Quien(es) Usted Alega Discrimino Contra Usted Si lo(s) Conoce:

| | | | | |
|-----------------------------|---|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| Razón de la discriminación: | <input type="checkbox"/> Raza | <input type="checkbox"/> Color | <input type="checkbox"/> Origen Nacional | Fecha de la alegada discriminación: |
| | <input type="checkbox"/> Incapacidad/Impedimento Físico | <input type="checkbox"/> Edad | | |
| | <input type="checkbox"/> Sexo | <input type="checkbox"/> Represalia | <input type="checkbox"/> Status de Ingreso | |
| | <input type="checkbox"/> Otro | | | |
| | | | | |

Favor de indicar el nombre (s) y número(s) de teléfono(s) de alguna persona(s) que el Rio al Mar Organización de Planificación Transporte puede comunicarse para información adicional que clarifique o respalde su alegación o alegaciones.

Favor de explicar tan claro como sea posible, **como, porque, cuando y donde** usted cree que fue discriminado. Incluya suficiente información acerca de los antecedentes según le sea posible, de los alegados actos de discrimen. Puede añadir paginas adicionales, si es necesario.

| | |
|--|--------|
| Firma del Querellante(s) o su Representante: | Fecha: |
|--|--------|