

# Formulario de Queja por Discriminación

Sección I:		
Nombre:		
Dirección:		
Teléfono (Casa):		Teléfono (Trabajo):
Dirección de correo electrónico:		
Requisitos de formato accesible?	<input type="checkbox"/> Letra grande	<input type="checkbox"/> Cinta de audio
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Otro
Sección II:		
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?		<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
* Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la <b>Sección III</b> .		
De lo contrario, proporcione el nombre y la relación de la persona por la que se queja.		
Explique por qué ha solicitado un tercero:		
Confirme que ha obtenido el permiso de la parte perjudicada si está presentando una demanda en nombre de un tercero.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sección III:		
Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda):		
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional <input type="checkbox"/> Discapacidad		
Fecha de presunta discriminación (mes, día, año): _____		
Explique con la mayor claridad posible qué sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describe a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que lo discriminó (si lo conoce), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, utilice la parte de atrás de este formulario.		
_____		
_____		
_____		
Sección VI:		
¿Ha presentado anteriormente una queja por discriminación con esta agencia?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, proporcione cualquier información de referencia con respecto a su queja anterior.		
_____		
_____		
Sección V:		
¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal?		

Sí  No

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

Agencia Federal: \_\_\_\_\_

Tribunal Federal: \_\_\_\_\_

Agencia Estatal: \_\_\_\_\_

Tribunal Estatal: \_\_\_\_\_

Agencia Local: \_\_\_\_\_

Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.

Nombre: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Sección VI:**

El nombre de la queja de la agencia está en contra: \_\_\_\_\_

La queja del nombre de la persona es contra: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Ubicación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono (si está disponible): \_\_\_\_\_

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su reclamo. Su firma y fecha son requeridas a continuación

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Envíe este formulario en persona a la dirección que se encuentra a continuación, o envíe este formulario por correo a:

New Horizons Disability Empowerment Center

9400 East Valley Road

Prescott Valley, AZ 86314

(928) 772-1266

Se puede encontrar una copia de este formulario en línea en [www.nhdec.org](http://www.nhdec.org).