

# Formulario de Queja por Discriminacion

Seccion I:		
Nombre:		
Direccion:		
Telefono (Casa):	Telefono (Trabajo):	
Correo Electronico:		
Requisitos de Formato Accessible?	<input type="checkbox"/> Impresion Grande	<input type="checkbox"/> Cinta de Audio
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Otro
Seccion II:		
Est presentando esta queja en su propio nombre?	<input type="checkbox"/> Si*	<input type="checkbox"/> No
<i>*Si respondio "Si" a esta pregunta, vaya a la Seccion III.</i>		
De lo contrario, proporcione el nombre y la relacion de la persona por la que se queja.		
Explique por que 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"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Seccion III:		
Creo que la discriminacion que experimente se baso 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 discriminacion (Mes, Dia, 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.		
_____		
_____		
_____		
Seccion VI:		
¿Ha presentado anteriormente una queja por discriminación con esta agencia?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

En caso afirmativo, proporcione cualquier información de referencia con respecto a su queja anterior.

**Seccion V:**

¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal?

Si             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:

Titulo:

Agencia:

Direccion:

Telefono:

**Seccion VI:**

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

La queja del nombre de la persona es contra:

Titulo:

Ubicacion:

Numero de Telefono (si esta 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 de firma

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

**Bisbee Bus, Lorena Valdez, Gerente de Transito, at  
1415 Melody Lane, Bldg. E.,  
Bisbee, AZ 85603  
520-432-6002 o LValdez@bisbeeaz.gov**

Puede encontrar una copia de este formulario en linea en [www.bisbeeaz.gov/2331/Bisbee-Bus-Program](http://www.bisbeeaz.gov/2331/Bisbee-Bus-Program)