

# Formulario de queja por no discriminación para programas financiados por el FTA

Nota: Se necesita la siguiente información para ayudar en el procesamiento de su queja.

Información del reclamante:

Ciudad: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cre \_\_\_\_\_

Número de inicio de \_\_\_\_\_ alternar Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Persona discriminada (alguien que no sea demandante):

Nombre:

Ciudad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cre \_\_\_\_\_

Número de inicio de \_\_\_\_\_ Alternar Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cuál de las siguientes describe mejor la razón por la que cree que se produjo la discriminación?

Por favor, sea específico.

raza \_\_\_\_\_  Color \_\_\_\_\_  Origen nacional \_\_\_\_\_

Discapacidad \_\_\_\_\_

¿En qué fecha se produjo la supuesta discriminación? \_\_\_\_\_

¿Dónde se produjo la discriminación?

\_\_\_\_\_

¿Cuál es el nombre y el título de la(s) persona(s) que usted cree que le discriminaron (si se le conoce)?

\_\_\_\_\_

Describir la supuesta discriminación. Explique qué pasó y quién cree que fue el responsable. (Si se necesita espacio adicional, agregue una hoja de papel).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

