

Rockford Agencia Metropolitana de Planificación

Formulario de Quejas de Discriminación del Título VI y Estatutos Relacionados

Nombre	Número de teléfono (Residencia)	Número de teléfono (Trabajo)
Dirección de residencia (Número y calle, número de departamento)	Ciudad, estado, y código postal de residencia	

Nombre de la persona o agencia que usted cree que discriminó en su contra.

Dirección de la persona o agencia que usted cree que discriminó en su contra.	Ciudad, estado y código postal de la persona o agencia que usted cree que discriminó en su contra.
---	--

Fecha del incidente discriminatorio.

Causa de la discriminación:

<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Retaliación	<input type="checkbox"/> Sexo	<input type="checkbox"/> Estado Civil	<input type="checkbox"/> Religión
<input type="checkbox"/> Color de Piel	<input type="checkbox"/> Nacionalidad (Lengua)	<input type="checkbox"/> Edad	<input type="checkbox"/> Impedimento Físico o Mental	<input type="checkbox"/> Otro

Explique claramente como sucedió la discriminación y quienes participaron en la discriminación. Incluya en su explicación cualquier forma en que usted se siente que fue tratado injustamente. Adjunte cualquier otro escrito relacionado con su caso.

Firma

Fecha