



Ciudad de Berkeley
Título VI y estatutos relacionados **Formulario**
de quejas sobre discriminación

FOR OFFICE USE ONLY												
Date:		Reviewer Initials:										
Nombre del reclamante: _____	Número de teléfono residencial: _____	Número de teléfono del trabajo: _____										
Dirección postal: _____ _____												
¿Cuál es el mejor horario para ponernos en contacto con usted y discutir esta queja? _____												
Motivo de la acción o acciones discriminatorias: ____RAZA____COLOR____ORIGEN NACIONAL ____INTIMIDACIÓN/REPRESALIAS	____SEXO	____EDAD	____DISCAPACIDAD									
Fecha y lugar de las presuntas acciones discriminatorias. Por favor, incluya la fecha más antigua y la fecha más reciente del acto de discriminación: _____ _____ _____												
¿De qué manera se le discriminó? Describa la naturaleza de la acción, decisión o condiciones de la presunta discriminación. Explique, de la forma más clara posible, qué sucedió y por qué cree usted que su estado protegido fue un factor en la discriminación. Incluya cómo otras personas fueron tratadas de forma diferente a usted. (Adjunte páginas adicionales si es necesario). _____ _____ _____												
Nombre(s) de la agencia, programa o actividad de la Ciudad responsable(s) de la acción o acciones discriminatorias: _____ _____												
Nombres de las personas (testigos u otras personas) que podamos contactar para obtener información adicional para apoyar o clarificar la queja de usted: (Adjunte páginas adicionales si es necesario). <table style="width: 100%; border: none;"><thead><tr><th style="text-align: left; width: 33%;"><u>Nombre</u></th><th style="text-align: left; width: 33%;"><u>Dirección</u></th><th style="text-align: left; width: 33%;"><u>Teléfono</u></th></tr></thead><tbody><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr></tbody></table>				<u>Nombre</u>	<u>Dirección</u>	<u>Teléfono</u>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<u>Nombre</u>	<u>Dirección</u>	<u>Teléfono</u>										
_____	_____	_____										
_____	_____	_____										

Firma del reclamante _____

Fecha _____