Ciudad de Oakland

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).  **Nombre Dirección Teléfono**  \_  \_ | | | | | | | |

Firma del reclamante Fecha