

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).			
<u>Nombre</u>	<u>Dirección</u>	<u>Teléfono</u>	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	

Firma del reclamante _____

Fecha _____