



DTC FORMULARIO DE QUEJA POR DISCRIMINACION

Apellido	Nombre	☐ Masculino ☐ Femenino
Dirección de correo	Ciudad/Estado	Código Postal
Teléfono de casa	Otro teléfono	Dirección de correo electrónico
¿Le gustaría presentar su queja de forma anónima? ☐ Sí ☐ No		
Discriminación Alegada: ☐ Raza ☐ Color ☐ Origen nacional ☐ Edad ☐ Religión ☐ Discapacidad ☐ Sexo/Género		
Raza del reclamante: ☐ Negro ☐ Blanco ☐ Latino ☐ Americano Asiático ☐ Indígena ☐ Nativo de Alaska ☐ Isleño del Pacífico ☐ Otro _____		
¿Cómo fue discriminado? Por favor, explique su queja en la manera más clara posible. Incluya cómo otras personas fueron tratadas de manera diferente. Use hojas adicionales, si es necesario. Adjunte documentos de apoyo si están disponibles.		
Fecha y lugar de la(s) acción(es) discriminatoria(s) alegada(s). Por favor, incluya la fecha más temprana de discriminación y la(s) fecha(s) más reciente(s) de discriminación.		
La ley prohíbe la intimidación o represalias contra cualquier persona porque ha tomado acción o ha participado en acciones para asegurar derechos protegidos por las leyes. Si siente que ha sido objeto de represalias, separadas de la discriminación alegada anteriormente, por favor explique las circunstancias a continuación. Describa la acción que tomó que cree que fue la causa de las represalias alegadas.		
Nombre(s) de la(s) persona(s) responsable(s) de la(s) acción(es) discriminatoria(s).		
Nombre(s) de la(s) persona(s) que pueden ser contactadas para obtener información adicional que apoye o aclare su queja. Adjunte hojas adicionales, si es necesario.		