

Formulario de Quejas

Sección I: Información Básica		
1. Nombre:		
2. Dirección:		
3. Teléfono:	3.a. Teléfono adicional (<i>Opcional</i>):	
4. Correo Electronico:		
Section II: Datos de la victima (si diferente al anteriores)		
5. Nombre:		
6. Dirección:		
7. Teléfono:		
8. Explique su relación con esta persona:		
9. Confirme que ha obtenido autorización de esta persona para presentar esta queja de discriminación:	Sí	No
Section III: Datos necesarios		
11. Creo que la razón de la presunta discriminación es debido a (indique todos los que apliquen): [] Raza [] Color [] País de Origen		
12. Fecha de la presunta discriminación: (<i>mes/día/año</i>)		
13. Describa en sus propias palabras la presunta discriminación. Proporcione todos los detalles y hechos pertinentes y circunstancias en torno a la presunta discriminación que ayudara a FAP a investigar su queja. Puede utilizar el reverso de este formulario si requiere espacio adicional. También puede añadir cualquier material escrito u otra información que considere relevante a su queja.		
Section IV:		
14. Ha presentado previamente una queja de discriminación ante FAP?	SI	NO
Section V:		

15. Ha presentado esta queja a cualquier otro organismo local, estatal o federal, o con cualquier tribunal estatal o federal? YES* NO

De ser así, indique todos los organismos apropiados:

Agencia Federal _____

Agencia Estatal _____

Corte Federal _____

Agencia Local _____

Corte Estatal _____

16. Si contesto "SI" a la pregunta anterior, provea la información sobre la persona a quien se puede contactar a la agencia/corte donde la queja fue presentada.

Nombre:

Título:

Agencia:

Dirección:

Teléfono:

Email:

Firma y fecha de la persona quien presenta esta queja:

Signature: _____

Date: _____