

Nota: La siguiente información es necesaria para ayudar en el procesamiento de su queja.

Información del demandante:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Número de teléfono (Inicio): _____

Número de teléfono (Otros): _____

Personalidad discriminada (si alguien que no sea denunciante):

Nombre: _____

Número de teléfono (Inicio): _____

Número de teléfono (Otros): _____

Dirección de correo electrónico: _____

Relación con la Persona por la que se queja:

Por favor, explique por qué ya solicitado a un tercero :

Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si está presentando una solicitud en nombre de un tercero.

 Sí No

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la razón por la que cree que tuvo lugar la discriminación? Por favor marque.

Raza Color Origen nacional Discapacidad
 Otro:

¿En qué fecha(s) tuvo lugar la presunta discriminación?

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Sírvanse describir la presunta discriminación. Explique lo que sucedió y quién cree que fue el responsable. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que lo discriminó (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Incluya la(s) ubicación(es) del presunto acto de discriminación (incluya el número de vehículo si corresponde). Si se necesita espacio adicional, agregue una hoja de papel.

¿Ja presentado esta queja ante cualquiera otra agencia federal estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal? Rodea todo lo que corresponda.

Agencia Federal

Tribunal Federal

Agencia Estatal

Tribunal Estatal

Agencia Local

Si ja comprobado anteriormente, proporcione información sobre una Persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Número de teléfono (Inicio): _____

Dirección de correo electrónico: _____

Por favor, firme una continuación. Puede adjuntar cualquiera material escrito u otra información que considere relevante para su queja.

Firma del reclamante: _____

Fecha: _____

Accesorios: Sí No

Envíe el formulario y cualquier información adicional a:

Diane R. Taylor, Director of Human Resources
Senior Services of Southeastern Virginia
2551 Eltham Ave Suite Q, Norfolk Virginia 23513