

FORMULARIO DE QUEJA CONFORME AL TÍTULO VI DE PLANIFICACIÓN ESTATAL

Información de contacto

Nombre:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono de la residencia:

Teléfono del trabajo:

Email:

Queja por discriminación:

Nombre del empleado que usted considera lo discriminó:

Fecha del presunto incidente:

Usted fue discriminado
sobre la base de su:

- Raza
 Género

- Color
 Nacionalidad o idioma
 Edad
 Discapacidad

Explique de la manera más breve y clara posible qué ocurrió y cómo usted fue víctima de discriminación. Indique quién estuvo involucrado. Asegúrese de indicar la forma en que otras personas fueron tratadas de manera diferente a usted. Asimismo, adjunte cualquier documento escrito que se relacione con su caso, como cualquier persona (testigos, otros empleados, supervisores u otros), de conocerlos, con las que nos podemos comunicar para obtener informaciones adicionales que apoyen o aclaren su queja. (Por favor asegúrese de incluir la información de contacto y, de ser necesario, emplee hojas adicionales).

Firma:

Fecha:

envie o formulário preenchido para Michael.Moan@doa.ri.gov ou por correio para:
Michael C. Moan, programa de planejamento estadual título VI Manager Rhode Island
Um Capitólio, Providence, RI 02908