

Cuidad de Cohoes

Formulario de Queja de Discriminación

Nombre _____
Dirección _____
Ciudad _____ CP _____
Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Base de la Queja

Raza	
Color	
Sexo	
Origen Nacional	
Edad	
Deseabilidad (ADA)	
Ingresos Bajos	
Competencia Limitada de Ingles	

¿Quien discriminó contra usted?

Nombre _____
Dirección _____ Ciudad _____ CP _____
Teléfono _____

Si es una organización, ¿cuál es el nombre?

Nombre de la Organización _____
Dirección _____ Ciudad _____ CP _____
Teléfono _____
Nombre del Contacto _____

¿Cómo fue discriminado?

¿Dónde ocurrió la discriminación?

Fecha/s y Hora de la discriminación.

Primera vez _____

Segunda vez _____

Tercera vez _____

¿Hubo otros testigos a la discriminación?

Nombre	Título	Teléfono del trabajo	Teléfono de casa

Formatted: Spanish (Spain, Traditional Sort)

¿Qué puede hacer el Departamento para resolver la queja?

¿Ha presentado su queja con otros? _____

Con Quien _____

Cuando _____

El número de la queja, si lo sabe _____

¿Tiene Abogado en este Asunto? _____

Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ CP _____

¿Cuándo lo/la empleó? _____

Firma _____ Fecha _____

Enviar a: Title VI Coordinator

Brian Kremer

97 Mohawk Street

Cohoes NY 12047

bkremer@ci.cohoes.ny.us

518-233-2114