

**Condado de Genesee**  
**Título VI y estatutos relacionados**  
**Formulario de quejas sobre discriminación**

FOR OFFICE USE ONLY		
Date:	Reviewer Initials:	
Nombre del reclamante: _____	Número de teléfono residencial: _____	Número de teléfono del trabajo: _____
Dirección postal: _____ _____		
¿Cuál es el mejor horario para ponernos en contacto con usted y discutir esta queja? _____		
Motivo de la acción o acciones discriminatorias: ____ RAZA ____ COLOR ____ ORIGEN NACIONAL ____ INTIMIDACIÓN/REPRESALIAS	____ SEXO	____ EDAD
____ DISCAPACIDAD		
Fecha y lugar de las presuntas acciones discriminatorias. Por favor, incluya la fecha más antigua y la fecha más reciente del acto de discriminación: _____ _____ _____		
¿De qué manera se le discriminó? Describa la naturaleza de la acción, decisión o condiciones de la presunta discriminación. Explique, de la forma más clara posible, qué sucedió y por qué cree usted que su estado protegido fue un factor en la discriminación. Incluya cómo otras personas fueron tratadas de forma diferente a usted. (Adjunte páginas adicionales si es necesario). _____ _____ _____		
Nombre(s) de la agencia, programa o actividad de la Condado responsable(s) de la acción o acciones discriminatorias: _____ _____		
Nombres de las personas (testigos u otras personas) que podamos contactar para obtener información adicional para apoyar o clarificar la queja de usted: (Adjunte páginas adicionales si es necesario).		
<b><u>Nombre</u></b>	<b><u>Dirección</u></b>	<b><u>Teléfono</u></b>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma del reclamante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_