

AUTORIDAD DE REDESARROLLO DE SPRINGFIELD

TÍTULO VI FORMA DE DENUNCIA POR DISCRIMINACIÓN

Nombre:		Teléfono (día):		Teléfono (alt):	
Dirección:		Ciudad, Estado, Código Postal:			
Nombre de la persona que usted alega ha discriminado contra usted:					
Dirección:		Ciudad, Estado, Código Postal:			
Fecha del alegado incidente:					
Usted fue discriminado por:					
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Edad	<input type="checkbox"/> Estatus Familiar	<input type="checkbox"/> Religión	
<input type="checkbox"/> Represalias	<input type="checkbox"/> Nacionalidad (Idioma)	<input type="checkbox"/> Género	<input type="checkbox"/> Incapacidad	<input type="checkbox"/> Otros	
<p>Explique lo más breve y claramente posible lo ocurrido y como se discriminó hacia usted. Indique quien estuvo involucrado y asegúrese de incluir como otras personas fueron tratadas de manera diferente a usted. Además incluya cualquier material escrito relacionado con su caso, incluyendo información de contacto de los testigos.</p>					
Firma:			Fecha:		