

FORMULARIO DE QUEJA CONDADO DE GORDON				
Nombre de la persona discriminada:		Numero de Telefono (residencia):		Numero do Telefono (trabajo):
Direccion de Residencia:			Cuidad, Estado y C digo Postal de Residencia:	
Nombre de la persona que discrimina contra usted, y nombre de la dependencia (si lo sabes):				
Direccion de la persona o dependencia que discrimina contra usted:			Cuidad, Estado y C digo Postal de la persona o dependencia que discrimina contra usted:	
Fecha del incidente discriminatorio:				
Causa de la discriminacion:				
Raza	Retaliacion	Sexo	Estado Civil	Religion
Color de Piel	Nacionalidad	Edad	Impedimento Fisico	Otro
<p>Explique claramente como sucedi la discriminacion y quienes participaron en ella. Incluya en su explicacion cualquier conocimiento que tenga de tratamiento diferente a otras personas. Adjunte cualquier otro escrito relacionado con su caso.</p>				
Firma:			Fecha:	