

FORMULARIO DE QUEJA
(Condado de Hillsborough MPO)

Nombre de la persona discriminada	Número de teléfono (Residencia)	Número de teléfono (Trabajo)
Direccion de residencia (Número y calle, número de departamento)	Ciudad, estado, y código postal de residencia	
Nombre de la persona que discriminó contra usted, y nombre de la dependencia (si los sabe)		
Direccion de la persona o dependencia que discriminó contra usted	Ciudad, estado y código postal de la persona o dependencia que discriminó contra usted	
Fecha del incidente discriminatorio.		
Causa de la discriminación:		
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Retaliación	<input type="checkbox"/> Sexo
<input type="checkbox"/> Color de Piel	<input type="checkbox"/> Nacionalidad	<input type="checkbox"/> Edad
<input type="checkbox"/> Estado Civil		<input type="checkbox"/> Religión
<input type="checkbox"/> Impedimento Físico o Mental		<input type="checkbox"/> Otro
Eplique claramente como sucedió la discriminación y quienes participaron en ella. Incluya en su explicación cualquier conocimiento que tenga de tratamiento diferente a otras personas. Adjunte cualquier otro escrito relacionado con su caso.		
Firma	Fecha	