



## Formulario de quejas por discriminación para no empleados

Si usted cree que ha sido discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, sexo o discapacidad, o si cree que uno o más programas del GDA están funcionando de una manera discriminatoria contra una persona o grupo de personas sobre la base de raza, color, nacionalidad de origen, edad, sexo o discapacidad, puede presentar una queja en el plazo de 180 días a partir de la fecha de la presunta discriminación. Para obtener más información, consulte el "Procedimiento de quejas por discriminación para no empleados" o comuníquese con la coordinadora contra la discriminación que se indica a continuación.

Toda persona que presenta una queja o testimonio, que asiste o participa en una investigación, un procedimiento o una audiencia contra la discriminación no puede ser intimidada ni sufrir represalias por parte del Departamento con el fin de interferir con algún derecho o privilegio garantizado por la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Sección 504 u otras leyes de derechos civiles.

Complete este formulario y envíelo por correo o entréguelo a: **Kyra Brue, Coordinadora contra la discriminación, 19 Martin Luther King, Jr. Drive, S.W., Room 227, Atlanta, Georgia 30334**; o por correo electrónico a: [titlevi@agr.georgia.gov](mailto:titlevi@agr.georgia.gov)

1. Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

2. Dirección: \_\_\_\_\_

3. Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

4. Número telefónico: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

5. Persona discriminada (si no es el solicitante):

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

6. Otra persona o personas que puedan tener conocimiento del hecho:

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

7. ¿Cuál fue la base de la discriminación? (marque todas las que correspondan):

- Raza     Color     Origen nacional (incluido el LEP)     Discapacidad     Sexo  
 Edad     Represalias     Otros (especificar) \_\_\_\_\_

8. La fecha del incidente que produjo la discriminación: \_\_\_\_\_

9. Describa la discriminación. ¿Qué pasó y quién fue el responsable? Para tener espacio adicional, adjunte hojas.

---

---

---

---

---

---

---

---

10. ¿Presentó esta queja ante otra agencia federal, estatal o local, o ante un tribunal federal o estatal?

- Sí     No

Si responde sí, marque cada agencia donde se presentó la queja:  Agencia federal     Tribunal federal

Agencia estatal     Tribunal estatal     Agencia local     Otro \_\_\_\_\_

11. Proporcione la información de contacto de la agencia donde también presentó la queja:

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono o correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fecha de presentación: \_\_\_\_\_

12. Firme la queja en el espacio de abajo y coloque la fecha. Adjunte los documentos que crea que respaldan su queja.

\_\_\_\_\_  
Solicitante (firma)

\_\_\_\_\_  
Fecha