

State of Florida Department of Transportation
Title VI/Programa Antidiscriminatorio
Querrela de Discriminacion

275-010-10S
EQUAL OPPORTUNITY OFFICE
04/11

Nombre del querellante:		Dirección de correo electrónico:		
Número de teléfono:				
Nombre, dirección, teléfono y relación (ej. Amigo, abogado, pariente, etc.) del Representante del querellante:				
Nombre, dirección, de la Agencia, Institución, o Easterseals Southwest Florida que usted alega discrimino en su contra:				
Nombre(s) del Individuo(s) Quien(es) Usted Alega Discrimino (naron) Contra Usted Si lo(s) Conoce:				
Razón de la discriminación:	<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Origen Nacional	Fecha de la alegada discriminación.
	<input type="checkbox"/> Sexo	<input type="checkbox"/> Edad	<input type="checkbox"/> Incapacidad/Impedimento	
	<input type="checkbox"/> Status de Ingreso	<input type="checkbox"/> Represalia	Físico <input type="checkbox"/> Otro	
Favor de indicar el nombre (s) y número(s) de teléfono(s) de alguna persona(s) que el Departamento de Transporte puede comunicarse para informacion adicional que clarifique o respalde su alegación o algaciones.				
Favor de explicar tan claro como sea possible, como, porque, cuando y donde usted cree que fue discriminado. Incluya suficiente información acerca de los antecedentes según le sea possible, de los alegados actos de discrimen. Puede añadir paginas adicionales, si es necesario.				
Firma del Querellante(s) o su Representante:			Fecha:	