

Asociación de Planificación Comunitaria del Suroeste de Idaho
Formulario para Denuncia de Discriminación de Título VI

Director of Operations, 700 NE 2nd Street, Suite 200, Meridian, ID 83642

Nombre de Reclamante	Dirección de Reclamante —Calle (Caja postal), Ciudad, Estado, Código postal
Número telefónico de Reclamante	
Nombre de la(s) Persona(s) o Agencia que discrimina	Dirección de la(s) Persona(s) o Agencia (si se conoce)
Cargo de la(s) Persona(s) (si se conoce)	

Fecha de Discriminación	Discriminación debida a
	<input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Competencia de inglés <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Estatus económico <input type="checkbox"/> Religión <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Origen nacional <input type="checkbox"/> Represalias

Explique de la forma más breve y clara posible de lo que pasó y de cómo fue discriminado. Indique quién estuvo involucrado y los nombres de los testigos. Describa las medidas correctivas que busca usted. También adjunte cualquier material escrito relacionado con su caso.

Yo certifico en lo mejor de mi conocimiento de que las declaraciones e información contenida en este documento son verdaderas, exactas y completas.

Firma	Fecha
-------	-------

Al completarlo, envíe por correo su formulario para denuncia de discriminación a: COMPASS, Director of Operations 700 NE 2 nd Street, Suite 200 Meridian, ID 83642	
---	--