

Asociación de Planificación Comunitaria del Suroeste de Idaho

Formulario para Denuncia de Discriminación

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

Nombre		Dirección —Calle (Caja postal), Ciudad, Estado, Código postal		
Número telefónico				
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"/> Dominio limitado del 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	