QUEJA DE DISCRIMINACIÓN

NOMBRE	CLASE DE ASISTENCIA
DIRECCIÓN	NÚMERO DE CASO
	NÚMERO DE TELÉFFONO ( ) CÓDIGO DE ÁREA

Creo que me han discriminado debido a mi:

- ☐ RAZA
- ☐ SEXO *(incluyendo la identidad del género)*
- ☐ ORIGEN NACIONAL
- ☐ COLOR
- ☐ RELIGIÓN
- ☐ INCAPACIDAD/DISCAPACIDAD *(incluyendo su situación en relación al virus de inmunodeficiencia humana o VIH)*
- ☐ ESTADO CIVIL
- ☐ EDAD
- ☐ AFILIACIÓN POLÍTICA
- ☐ RELACIÓN DOMÉSTICA
- ☐ ORIENTACIÓN SEXUAL
- ☐ GRUPO ÉTNICO (IDENTIFICACIÓN)

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DISCRIMINÓ EN CONTRA SUYA	CARGO	FECHA EN QUÉ OCURRIÓ	LUGAR DONDE OCURRIÓ Y NOMBRE DE LA AGENCIA/DEPENDENCIA

Describa en sus propias palabras cuáles acciones ocurrieron que le han hecho creer que le han discriminado.

Indique cuál es la resolución que busca.

Entiendo que la información anterior es verdadera y completa según mi leal saber y entender.

FIRMA DE LA PERSONA QUE SE QUEJA	FECHA