APPENDIX B

Junta de Comisionados del Condado de Martin
Title VI / Programa Antidiscriminatorio
Querella de Discriminación

Nombre del querellante:	Dirección:
Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:

Nombre, dirección, teléfono y relación (ej. amigo, abogado, pariente, etc.) del Representante del querellante:

Nombre y dirección de la Agencia, Institución, o Departamento que usted alega discrimino en su contra:

Nombre(s) del Individuo(s) Quien(es) Usted Allega Discrimino Contra Usted Si lo(s) Conoce:

Razón de la discriminación:

- ☐ Raza
- ☐ Color
- ☐ Origen Nacional
- ☐ Sexo
- ☐ Edad
- ☐ Incapacidad/ Impedimento Físico
- ☐ Status de Ingreso
- ☐ Represalia
- ☐ Otro

Fecha de la alegada discriminación:

Favor de indicar el nombre (s) y número(s) de teléfono(s) de alguna persona(s) que del Condado de Martin puede comunicarse para información adicional que clarifique o respalde su alegación o alegaciones.

Favor de explicar tan claro como sea posible, como, porque, cuando y donde usted cree que fue discriminado. Incluya suficiente información acerca de los antecedentes según le sea posible, de los alegados actos de discrimen. Puede añadir paginas adicionales, si es necesario.

Firma del Querellante(s) o su Representante:	Fecha: