

**FORMULARIO DE QUEJA  
CONDADO DE CITRUS**

Nombre de la persona discriminada:	Número de Teléfono (residencia):	Número de Teléfono (trabajo):
Dirección de Residencia (Número y calle, número de departamento):	Ciudad, Estado y Código Postal de Residencia:	
Nombre de la persona que discrimina contra usted, y nombre de la dependencia (si lo sabes):		
Dirección de la persona o dependencia que discrimina contra usted:	Ciudad, Estado y Código Postal de la persona o dependencia que discrimina contra usted:	
Fecha del incidente discriminatorio:		
Causa de la discriminación:		
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Retaliation	<input type="checkbox"/> Sexo
<input type="checkbox"/> Color de Piel	<input type="checkbox"/> Nacionalidad	<input type="checkbox"/> Edad
<input type="checkbox"/> Estado Civil		<input type="checkbox"/> Religión
<input type="checkbox"/> Impedimento Físico o Mental		<input type="checkbox"/> Otro
<p>Explique claramente como sucedió la discriminación y quienes participaron en ella. Incluya en su explicación cualquier conocimiento que tenga de tratamiento diferente a otras personas. Adjunte cualquier otro escrito relacionado con su caso.</p>		
<b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b>	