

Florida Division of Emergency Management
Programa Antidiscriminatorio
Querrela de Discriminacion

Nombre del querellante:

Dirección:

Número de teléfono:

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 Alega Discrimino (naron) Contra Usted Si lo(s) Conoce:

Razón de la discriminación:

<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Origen Nacional
<input type="checkbox"/> Sexo	<input type="checkbox"/> Edad	<input type="checkbox"/> Incapacidad/Impedimento Físico
<input type="checkbox"/> Status de Ingreso	<input type="checkbox"/> Represalia	<input type="checkbox"/> Otro

Fecha de la alegada discriminación.

Favor de indicar el nombre (s) y número(s) de teléfono(s) de alguna persona(s) que el División de Manejo de Emergencias de Florida 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: