



PORT OF OAKLAND

**Formulario de quejas de discriminación
sobre los Títulos VI/504/ADA y otros
estatutos relacionados**

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

Fecha: _____

Iniciales del revisor: _____

Nombre del demandante: _____

Número de teléfono residencial: _____

Número de teléfono del trabajo: _____

Dirección postal: _____

¿Cuál es el mejor horario para ponernos en contacto con usted y discutir la queja? _____

Motivo de la(s) acción(es) discriminatoria(s):

____ RAZA ____ COLOR ____ ORIGEN NACIONAL ____ CREDO

____ SEXO

____ EDAD

____ DISCAPACIDAD

Fecha y lugar de las presuntas acciones discriminatorias. Por favor, incluya la fecha más antigua y la fecha más reciente del acto de discriminación: _____

¿De qué manera se le discriminó? Describa la naturaleza de la acción, decisión o condiciones de la presunta discriminación. Explique, de la forma más clara posible, qué sucedió y por qué cree usted que su estado protegido fue un factor en la discriminación. Incluya cómo las demás personas fueron tratadas de forma diferente a usted. (Adjunte páginas adicionales si es necesario).

Nombres de los individuos responsables de la(s) acción(es) discriminatoria(s): _____

Nombres de las personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros) que podamos contactar para obtener información adicional para apoyar o clarificar su queja: (Adjunte páginas adicionales si es necesario).

Nombre

Dirección

Teléfono

Firma del demandante

Fecha