



SOLO PARA USO OFICIAL	
Fecha de recepcion	___/___/___
Registrado por:	_____

FORMULARIO DE RECLAMO POR DISCRIMINACIÓN DE TÍTULO VI

Víctima(s) de la supuesta discriminación:		
NOMBRE		
DIRECCIÓN		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO PARA HORAS DEL DÍA	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
Persona que alega discriminación, si es diferente a la mencionada:		
NOMBRE		
DIRECCIÓN		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO PARA HORAS DEL DÍA	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
RELACIÓN CON LA PERSONA(S) NOMBRADA COMO VÍCTIMA		
Miembro(s) del personal, miembro(s) de la dirección, asesor(es) o programa(s) de BFCG que supuestamente ha discriminado:		
NOMBRE	PROGRAMA	
NOMBRE	PROGRAMA	
NOMBRE	PROGRAMA	
FECHA EN QUE SE INICIÓ LA SUPUESTA DISCRIMINACIÓN	FECHA DEL ÚLTIMO INCIDENTE	

Fundamento de la supuesta discriminación

Se debe presentar un reclamo en un plazo de 180 días calendario desde la fecha en que el demandante tomó conocimiento de la supuesta discriminación. Si su reclamo está relacionado a una supuesta discriminación, ya sea en el suministro de servicios o en el trato que recibió usted (o la persona(s) citada como víctima) por parte de colaboradores o programas de Whatcom Council of Governments, indique a continuación cuál cree que es el fundamento de la supuesta discriminación.

Ejemplo: Si cree que sufrió discriminación por ser un Nativo Americano, encierre en círculo la palabra «Raza» y escriba «Nativo Americano» en el espacio designado

Etnicidad: _____

Años: _____

Género: _____

Otro: _____

