



Formulario de Quejas por Motivo de Discriminación

Envíe el formulario completo a:
Camino Real Regional Mobility Authority
2 Civic Center Plaza, 9th Floor
El Paso, Texas 79901

Apellido:	Nombre:
------------------	----------------

Dirección domiciliar (ciudad, estado, código postal):
--

Número de teléfono:	Correo Electrónico:
----------------------------	----------------------------

Método preferido de contacto: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Otro (especifique por favor)
--

<input type="checkbox"/> Raza _____ <input type="checkbox"/> Color _____ <input type="checkbox"/> Edad _____ <input type="checkbox"/> Sexo _____ <input type="checkbox"/> Origen Nacional _____ <input type="checkbox"/> Impedimento _____	Por favor indica el motivo por hacer una queja.
---	---

Fecha aproximada del presunto acto de discriminación. Indique por favor la fecha más temprana de la discriminación y la fecha más reciente de la discriminación.

Favor de proporcionar cualquier información adicional y/o fotografías que sean pertinente a la investigación.

Explique que medidas o acción a tomado en el presunto acto de discriminación.

No podemos aceptar una queja sin firma. Favor de incluir su firma y la fecha a continuación:

Firma del Demandante

Fecha