



Discrimination Complaint Form

Note: *The following information is needed to assist in processing your complaint.*

Complainant's Information:

Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Email: _____

Home Phone Number: _____ Alternate Phone Number: _____

Person discriminated against (someone other than complainant):

Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Home Phone Number: _____ Alternate Phone Number: _____

Which of the following best describes the reason you believe the discrimination took place?

Please be specific.

Race _____

National Origin _____

Color _____

Disability _____

On what date(s) did the alleged discrimination take place? _____

Where did the alleged discrimination take place? _____

What is the name and title of the person(s) who you believe discriminated against you (if known)?

Describe the alleged discrimination. Explain what happened and who you believe was responsible. (If additional space is needed, add a sheet of paper).



List names and contact information of persons who may have knowledge of the alleged discrimination.

If you have filed this complaint with any other federal, state, or local agency, or with any federal or state court, check all that apply.

- Federal Agency Federal Court State Agency State Court Local Agency

Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Phone Number: _____ Alternate Phone Number: _____

Please sign below. You may attach any written materials or other information you think is relevant to your complaint.

_____ _____ Number of attachments: _____
Complainant Signature Date

Submit form and any additional information to:

SouthEastern Arizona Governments Organization
ATTN: Jessica Aguayo, Title VI/Training Coordinator
jaguayo@seago.org
1403 W. Hwy 92 Bisbee, AZ 85603
Phone: 520.432.5301 X215 Fax: 520.432.5858



Formulario de denuncia por discriminación

Nota: La siguiente información se necesita para procesar su queja.

Información de la persona que está poniendo la queja:

Nombre: _____ Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Trabajo): _____

Persona a la que se discriminó (si es alguien que no es la persona que está poniendo la queja)

Nombre: _____ Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal: _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Trabajo): _____

¿Cuál de las siguientes razones describe por lo que usted siente que se le discriminó?

Raza _____ Nacionalidad (Especifique) _____

Color (Especifique) _____ Discapacidad (Especifique) _____

¿En qué fecha(s) sucedió la discriminación? _____

¿En dónde sucedió la discriminación? _____

¿Cuál es el nombre y título de la persona(s) que usted siente que cometió la discriminación contra usted (si lo sabe)? _____

Describa la presunta discriminación. Explique qué sucedió y quién cree usted que fue responsable (si necesita más espacio, agregue otra hoja).



Escriba una lista con los nombres de las personas que puedan tener conocimiento de la presunta discriminación y cómo contactarlas.

Si ha presentado esta queja con otra agencia federal, estatal o local, o con cualquier corte federal o estatal, marque todas las que apliquen.

Agencia Federal Corte Federal Agencia Estatal Corte Estatal Agencia Local

Por favor proporcione información de la persona a la que presentó su queja en la agencia/corte.

Nombre: _____ Dirección: _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal: _____
Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Trabajo): _____

Por favor firme abajo. Puede incluir cualquier material escrito u otra información que usted crea que es importante para probar su queja.

Firma de la Persona que presenta la queja

Fecha

Número de anexos: _____

Someta la forma y cualquier información adicional a:

SouthEastern Arizona Governments Organization
ATTN: Jessica Aguayo, Title VI/Training Coordinator
jaguayo@seago.org
1403 W. Hwy 92 Bisbee, AZ 85603
Phone: 520.432.5301 X215 Fax: 520.432.5858