



LA AGENCIA DE RECURSOS HUMANOS DEL ESTE DE TENNESSEE, INC.

Título VI / Igualdad de Oportunidades Queja Formar

Nota: se solicita la siguiente información para ayudar a procesar su reclamo. Si necesita ayuda para completar este formulario, solicite ayuda.

Nombre del demandante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Persona discriminada (si alguien que no sea el demandante)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: (Celular ) \_\_\_\_\_ (Otro ) \_\_\_\_\_

¿Qué departamento de esta agencia crees que te discriminó?

Nombre del departamento: \_\_\_\_\_

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la razón por la que cree que se produjo la discriminación?

Raza \_\_\_\_\_ Color \_\_\_\_\_ Origen nacional \_\_\_\_\_ Dominio limitado del inglés \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

En el espacio a continuación, describa la supuesta discriminación. Explique qué sucedió, quién cree que era responsable y la fecha de la supuesta discriminación. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

( final )

Por favor firme abajo Puede adjuntar cualquier información adicional que considere relevante para su reclamo.

**Nota: Todos los reclamantes tienen derecho a representación por un abogado o cualquier otra persona.**

**Si se necesita información en otro idioma, por favor llame al al ( 865) 691-2551 .**

---

Signature of Querellante

---

Fecha

