

RECLAMO DE DISCRIMINACIÓN EN CONTRA DE LA ORGANIZACIÓN DE PLANEAMIENTO METROPOLITANO DE LA REGIÓN BOSTON

Información de contacto del Demandante

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad/Pueblo: _____ Estado: ____ Código Postal: _____
Teléfono Casa: _____ Teléfono trabajo: _____
E-mail: _____

Queja

Fecha del supuesto incidente: _____

Decisión, documento, declaración, u otro acto que usted cree ha sido discriminatoria: _____

Si usted cree que uno o más empleados de la MPO discriminaron contra de usted, nombre del empleado(s), si se conoce: _____

Base de la supuesta discriminación:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Raza | <input type="checkbox"/> Edad | <input type="checkbox"/> Ascendencia |
| <input type="checkbox"/> Color | <input type="checkbox"/> Discapacidad | <input type="checkbox"/> Orientación sexual |
| <input type="checkbox"/> Origen nacional | <input type="checkbox"/> Ingresos | <input type="checkbox"/> Servicio Militar |
| <input type="checkbox"/> Lengua | <input type="checkbox"/> Religión | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Género | <input type="checkbox"/> Identidad de género o expresión | |

Describa la naturaleza del incidente: Explique qué pasó y cuales fueron las acciones presuntamente discriminatorias. Indique quienes están involucrados. Incluya cómo es que otras personas fueron tratadas de manera diferente a usted, si estaban presentes, o cómo ellas hubiesen sido tratadas de otra manera si es que estaban presentes. Agregue cualquier material escrito o gráfico o cualquier otra información que usted considere pertinente a la queja.

Enumere los nombres y la información de contacto de cualquier persona que pudiese tener conocimiento de la supuesta discriminación.

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad/Pueblo: _____ Estado: ____ Código Postal: _____
Teléfono Casa: _____ Teléfono trabajo: _____
E-mail: _____

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad/Pueblo: _____ Estado: ____ Código Postal: _____
Teléfono Casa: _____ Teléfono trabajo: _____
E-mail: _____

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad/Pueblo: _____ Estado: ____ Código Postal: _____
Teléfono Casa: _____ Teléfono trabajo: _____
E-mail: _____

¿Cómo piensa usted que se debería resolver este asunto?

En el transcurso de la realización de un proceso de revisión de quejas a fondo, puede que sea necesario revelar su nombre a personas distintas de las que realicen la revisión. Para permitir esto, firme, feche y envíe el formulario de consentimiento / puesta en circulación, adjunto a su conveniencia.

Este formulario de reclamo por discriminación también debe ser firmado y fechado abajo.

Certifico que, a lo mejor de mi conocimiento, la información que he proporcionado es correcta y los hechos y circunstancias se produjeron tal como los he descripio.

Firma: _____ *Fecha:* _____

Adjuntos: Si No

Por favor envíe el formulario de queja, formulario de consentimiento / puesta en circulación, y cualquier información adicional a:

Sr. Richard A. Davey, Presidente
Organización de Planeamiento Metropolitano Región Boston
Edificio de Transporte del Estado
10 Park Plaza, Suite 2150
Boston, MA 02116--3968