

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

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**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):** \_\_\_\_\_

**Cree que la razón para la presunta discriminación es debido a:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Raza _____               | <input type="checkbox"/> Dominio Limitad de Inglés _____  |
| <input type="checkbox"/> Edad (Especifique) _____ | <input type="checkbox"/> Nacionalidad (Especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Sexo (Especifique) _____ | <input type="checkbox"/> Discapacidad (Especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Color _____              |   |

**Fecha de la presunta discriminación:**

**En dónde sucedió la discriminación?**

**¿Cuál es el nombre y título de la person(a) 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 cualquier otro 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

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

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_

**Teléfono (Casa):** \_\_\_\_\_

**Teléfono (Trabajo):** \_\_\_\_\_

**Por favor firme abajo. También puede añadir cualquier material escrito u otra información que considere relevante a su queja.**

|                             |              |                                       |
|-----------------------------|--------------|---------------------------------------|
|                             |              |                                       |
| <b>Firma del reclamante</b> | <b>Fecha</b> | <b>Número de documentos agregados</b> |

**Gca YffYc 'U:**

**Dcf 'WffYc:**  
ADEQ Main Office  
Att: Nondiscrimination Program Coordinator  
1110 W. Washington Street  
Phoenix, AZ 85007

\_\_\_\_\_ **O** \_\_\_\_\_

**Dcf 'WffYc 'Y YWf 'U:** [ldb@azdeq.gov](mailto:ldb@azdeq.gov)

*Disclaimer: Any ADEQ translation or communication in a language other than English is unofficial .  
Cualquier traducción o comunicado de ADEQ en un idioma diferente al inglés no es oficial.*