Comisión de Relaciones Humanas de New Bedford
Formulario de admisión de quejas

CARGO DE DISCRIMINACIÓN VIVIENDA JUSTA ☐ ASUNTO CIVIL ☐ LABOR ☐	FECHA	NUMERO DE CARGO

NOMBRE *(Indica Sr., Sra., Srta.)*	TELEFONO DE CASA (*Incluye Código de área)*

DIRECCION DE CALLE CIUDAD, ESTADO Y CODIGO POSTAL	FECHA DE NACIMIENTO

NAMED IS THE EMPLOYER, LABOR ORGANIZATION, EMPLOYMENT AGENCY, APPRENTICESHIP COMMITTEE, STATE OR LOCAL GOVERNMENT AGENCY WHO DISCRIMINATED AGAINST ME *(If more than one list below.)*

NOMBRE	NUMERO DE EMPLEADOS, MIEMBROS	TELEPHONE *(Incluye Código de área)*

DIRECCION DE CALLE CIUDAD, ESTADO Y CODIGO POSTAL	CONDADO

NOMBRE	TELEPHONE NUMERO *(Include Area Code)*

DIRECCION DE CALLE CIUDAD, ESTADO Y CODIGO POSTAL	CONDADO

CAUSA DE DISCRIMINACION BASADA EN *(Marque todas las casillas que correspondan.)*

☐ RAZA ☐ COLOR ☐ SEXO ☐ RELIGION ☐ EDAD

☐ REPRESALIAS ☐ ORIGEN NACIONAL ☐ DISCAPACIDAD ☐ OTRA *(Specifca)*

FECHA EN QUE TUVO LUGAR LA DISCRIMINACIÓN

LA PRIMERA *ULTIMA*

☐ ACCIÓN A SEGUIR

LOS DATOS SON: (Se adjuntan hojas extra), en caso de ser necesario.)

Afirmo que he leído el cargo anterior y que es verdadero a mi mejor conocimiento, información y creencia.

FIRMA DEL DENUNCIA

HRC 05.15