

Complaint Form

Agency Name: _____ Date: _____ Time: _____

Information Taken By: _____

Name of Person Filing Complaint: _____ Contact Number: _____

Address: _____

This complaint is related to: Customer Service Discrimination

The person filing the complaint feels discriminated against because of his/her:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Race | <input type="checkbox"/> Disability | <input type="checkbox"/> Military Status |
| <input type="checkbox"/> Color | <input type="checkbox"/> Marital Status | <input type="checkbox"/> Religion |
| <input type="checkbox"/> National Origin | <input type="checkbox"/> Familial Status | <input type="checkbox"/> Opposition to Unlawful Discrimination |
| <input type="checkbox"/> Gender | <input type="checkbox"/> Sexual Orientation | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Political Beliefs | <input type="checkbox"/> Age | |

Please explain briefly the nature of the incident. Identify the persons involved by name and position. Be sure to clearly explain **who, what, when, and why** (**who** did **what**, **when** the action occurred, and **why** you believe the action occurred).

Was the complaint resolved? Yes No

Please explain: _____

Referred to: _____

Follow up: _____

Were the police involved? Yes No Name of officer: _____

Formulario de Quejas

Agencia: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Información tomado por: _____

Nombre de la persona con la queja: _____ Numero de teléfono: _____

Dirección: _____

Esta queja se relaciona a: Servicio al cliente Discriminación

Se me discriminó debido a:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Raza | <input type="checkbox"/> Discapacidad | <input type="checkbox"/> Estado Militar |
| <input type="checkbox"/> Color | <input type="checkbox"/> Estado Civil | <input type="checkbox"/> Religión |
| <input type="checkbox"/> Origen Nacional | <input type="checkbox"/> Estado familiar | <input type="checkbox"/> Oposicion a Discriminación Ilegal |
| <input type="checkbox"/> Sexo | <input type="checkbox"/> Orientación Sexual | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Creencia Política | <input type="checkbox"/> Edad | |

Explique brevemente el incidente que ocurrió. Identifique las personas envueltas por nombre y puesto. Asegúrese de explicar claramente **quien, que, cuando, y por que (quien hizo que, cuando el suceso ocurrió, por que piensa usted que esto ocurrió).**

Está resuelto la queja? Sí No

Explíquelo por favor: _____

Derivado a: _____

Seguimiento: _____

¿Estaba involucrada la policía? Sí No Nombre del agente: _____