Tampa Hillsborough Expressway Authority

Title VI / Programa Antidiscriminatorio
Querella de Discriminacion

Nombre del querellante:	Dirección:
Número de teléfono:	

Nombre, dirección, teléfono y relación (ej. amigo, abogado, pariente, etc.) del Representante del querellante:

Nombre y dirección de la Agencia, Institución, o Departamento que usted alega discrimino en su contra:

Nombre(s) del Individuo(s) Quien(es) Usted Allega Discrimino (naron) Contra Usted Si lo(s) Conoce:

Razón de la discriminación:	☐ Raza	☐ Color	☐ Origen Nacional	Fecha de la alegada discriminación.
	☐ Sexo	☐ Edad	☐ Incapacidad/Impedimento Físico	
	☐ Status de Ingreso	☐ Represalia	☐ Otro	

Favor de indicar el nombre (s) y número(s) de teléfono(s) de alguna persona(s) que el Departamento de Transporte puede comunicarse para información adicional que clarifique o respalde su alegación o alegaciones.

Favor de explicar tan claro como sea posible, **como**, **porque**, **cuando** y **donde** usted cree que fue discriminado. Incluya suficiente información acerca de los antecedentes según le sea posible, de los alegados actos de discrimen. Puede añadir paginas adicionales, si es necesario.

Firma del Querellante(s) o su Representante:	Fecha: