

Discrimination Complaint Form

Section I:		
Name:		
Address:		
Telephone (Home):	Telephone (Work):	
Electronic Mail Address:		
Accessible Format Requirements?	<input type="checkbox"/> Large Print	<input type="checkbox"/> Audio Tape
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Other
Section II:		
Are you filing this complaint on your own behalf?	<input type="checkbox"/> Yes*	<input type="checkbox"/> No
<i>*If you answered "yes" to this question, go to Section III.</i>		
If not, please supply the name and relationship of the person for whom you are complaining.		
Please explain why you have filed for a third party:		
Please confirm that you have obtained the permission of the aggrieved party if you are filing on behalf of a third party.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Section III:		
I believe the discrimination I experienced was based on (check all that apply):		
<input type="checkbox"/> Race	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> National Origin
<input type="checkbox"/> Disability		
Date of Alleged Discrimination (Month, Day, Year): _____		
Explain as clearly as possible what happened and why you believe you were discriminated against. Describe all persons who were involved. Include the name and contact information of the person(s) who discriminated against you (if known) as well as names and contact information of any witnesses. If more space is needed, please use the back of this form.		

Section VI:		
Have you previously filed a complaint of discrimination with this agency?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

If yes, please provide any reference information regarding your previous complaint.

Section V:

Have you filed this complaint with any other Federal, State, or local agency, or with any Federal or State court?

Yes No

If yes, check all that apply:

Federal Agency: _____

Federal Court: _____ State Agency: _____

State Court : _____ Local Agency: _____

Please provide information about a contact person at the agency/court where the complaint was filed.

Name:

Title:

Agency:

Address:

Telephone:

Section VI:

Name of agency complaint is against:

Name of person complaint is against:

Title:

Location:

Telephone Number (if available):

You may attach any written materials or other information that you think is relevant to your complaint. Your signature and date are required below

Signature

Date

Please submit this form in person at the address below, or mail this form to:

NAZCARE, Inc.

Attn: Greg Billi

8128 E Hwy 69, suite 201

Prescott Valley, AZ 86314

(928)442-9205 ext. 3 or gbilli@nazcare.org

A copy of this form can be found online at nazcare.org.

Forma Para Poner una Queja de la Ley de Discriminación

Nota: La siguiente información se necesita para procesar su queja.

Información de la persona que está poniendo la queja:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____

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): _____

¿Cuál de las siguientes razones describe por lo que usted siente que se le discriminó?

Raza _____ (Especifique) _____

Nacionalidad _____

Color _____ (Especifique) _____

Discapacidad _____ (Especifique) _____

¿En qué fecha(s) sucedió la discriminación? _____

¿En dónde sucedió la discriminación? _____

¿Cuál es el nombre y título de la persona(s) 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 otra 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

Por favor proporcione información de la persona a la que presentó su queja en la agencia/corte.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal: _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Trabajo): _____

Por favor firme abajo. Puede incluir cualquier material escrito u otra información que usted crea que es importante para probar su queja.

Firma de la Persona que presenta la queja

Fecha

[NAZCARE](#)
[Greg Billi](#)
[928-442-9205](#)
gbilli@nazcare.org

Por favor presione el botón de "Enviar" cuando haya completado esta forma para que lo envíe por correo electrónico a www.nazcare.org
Se pueden agregar documentos adicionales a este correo.