



# CIUDAD DE NEWPORT

## FORMULARIO DE QUEJA DE NO DISCRIMINACIÓN

Fecha: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN I. INFORMACIÓN DEL QUERRELLA \*

---

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN II. DETALLES DE LA QUEJA

---

**1. Nombre y cargo personal o del programa, actividad o servicio contra quien se presenta la queja:**

\_\_\_\_\_

**2. Indique a continuación la base sobre la cual cree que se tomaron estas acciones discriminatorias.**

Raza: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Color: \_\_\_\_\_

Discapacidad: \_\_\_\_\_

Origen Nacional: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

**3. Hasta donde usted recuerda, ¿en qué fecha(s) tuvo lugar la supuesta discriminación?**

Fecha más temprana de discriminación: \_\_\_\_\_

Fecha más reciente de discriminación: \_\_\_\_\_

**4. Explique lo más claramente posible qué sucedió, por qué cree que sucedió y cómo fue discriminado. Indique quién estuvo involucrado. Asegúrese de incluir cómo otras personas fueron tratadas de manera diferente a usted. (Por favor utilice hojas adicionales si es necesario.)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. Si cree que ha sufrido represalias por quejarse de discriminación o cooperar en una investigación de supuesta discriminación, explique las circunstancias y las acciones que tomó y que cree que fueron la base de las supuestas represalias**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Enumere a continuación las personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros), si las conoce, a quienes la Ciudad puede contactar para obtener información adicional para respaldar o aclarar su queja.

---

---

---

7. Por favor proporcione cualquier otra información que considere relevante para su queja por discriminación.

---

---

---

8. ¿Qué remedio busca por la supuesta discriminación?

---

---

---

Con mi firma a continuación, reconozco que la información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Para enviar por correo una copia impresa de este formulario:**

City of Newport  
attn: Erin Murdock  
43 Broadway  
Newport, RI 02840

**Si tiene alguna pregunta o desea solicitar un formato alternativo:**

Erin Murdock  
Phone: 401-845-5397  
Email: EMurdock@cityofnewport.com

**Para enviar electrónicamente:**  
EMurdock@cityofnewport.com