

**Valley Transit District/Naugatuck Valley  
Council of Governments Forma de  
Denuncia de Discriminación**

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

Dirección del Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Discriminación de:    \_\_\_ Raza            \_\_\_ Color            \_\_\_ Origen Nacional    \_\_\_ Sexo  
                                 \_\_\_ Años            \_\_\_ Discapacidad    \_\_\_ Otro

Por favor, proporcione la fecha(s) y la ubicación(es) de la presunta discriminación, el nombre(s) de la persona(s) que presuntamente discriminó, incluyendo sus títulos (si usted sabe).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor, proporcione los nombres, direcciones, y números de teléfono de cualquier testigo.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Explicar la forma más breve y lo más claramente posible; lo que pasó, cómo se sintió que le han discriminado y quién estuvo involucrado. Si es aplicable, por favor incluya cómo otras personas han sido tratadas de manera diferente de usted en las mismas circunstancias.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

*Es posible utilizar hojas adicionales si es necesario. También, por favor incluya cualquier material escrito que pertenecen a su queja.*