



<b>FORMULARIO DE QUEJA</b> <b>Key Training Center</b>				
Nombre de la persona discriminada:		N (residencia):	N (trabajo):	
Direccion de Residencia (Número y calle, número de departamento):		Ciudad, Estado y Código Postal de Residencia:		
Nombre de la persona que discrimina contra usted, y nombre de la dependencia (si lo sabes):				
Direccion de la persona o dependencia que discrimina contra usted:		Ciudad, Estado y Código Postal de la persona o dependencia que discrimina contra usted:		
Fecha del incidente discriminatorio:				
Causa de la discriminación:				
Raza	Retaliación	Sexo	Estado Civil	Religión
Color de Piel	Nacionalidad	Edad		
	Impedimento Físico	Otro o Mental		
<p>Explique claramente como sucedió la discriminación y quienes participaron en ella. Incluya en su explicación cualquier conocimiento que tenga de tratamiento diferente a otras personas. Adjunte cualquier otro escrito relacionado con su caso.</p>				
Firma:		Fecha:		