

FAVOR DE DEVOLVER EL FORMULARIO COMPLETO AL PRINCIPAL DE LA ESCUELA, O AL DEPARTAMENTO LEGAL, 1380 E. SIXTH ST., CLEVELAND, OHIO 44114

FORMULARIO PARA REPORTAR QUERELLAS SOBRE DISCRIMINACIÓN Y/O ACOSO

Querellante _____

Dirección _____ Teléfono _____

Lugar de Trabajo _____ Teléfono _____

Fecha del Incidente _____

El Incidente Tuvo Que Ver Con:

Discriminación Basada en:

Acoso Sexual _____

Acoso Racial _____

Acoso Por Origen Nacional _____

Acoso Por Discapacidad _____

Nombre de la persona que usted cree discriminó contra usted, o lo acosó, o acosó a otra persona:

Si la discriminación fue en contra de otra persona, identifique a esa persona:

Describa el incidente con mucha claridad, incluyendo aquellas ocasiones donde se usó la fuerza, si hubo alguna, cualquier declaración verbal (ejemplo: amenazas, pedidos, demandas por favores, etc. Si hubo contacto físico. Puede usar más páginas, si las necesita. Favor de grapar las páginas adicionales con el blanco original:

En dónde y cuándo ocurrió el incidente: _____

Incluya todos los testigos que presenciaron el incidente:

Esta queja está basada en mi justa creencia que _____ ha discriminado en mi contra o me ha acosado a mí y/o a otra persona. Por el presente certifico que para mi entero conocimiento, la información que estoy proveyendo aquí es correcta, verdadera y completa.

Firma de Querellante

Fecha _____

RECEIVED BY: _____

DATE: _____