



Formulario de Reclamo por Discriminación de la Ciudad de Woodburn

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Número telefónico: \_\_\_\_\_

Fue usted discriminado por su:

- Raza/Etnicidad                       Origen Nacional                       Género  
 Discapacidad                       Otro: \_\_\_\_\_

A su mejor recuerdo, fecha y hora del presunto incidente:

\_\_\_\_\_

En sus propias palabras, describa la supuesta discriminación. Explique qué sucedió y qué política, programa, actividad o persona cree que fue discriminatoria. Indique quién estuvo involucrado y, si corresponde, la ruta de tránsito y el vehículo. Asegúrese de incluir los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, utilice páginas adicionales.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ya intentó resolver el problema mediante un proceso de quejas o algún otro método?

Sí  No

---

---

¿Qué tipo de acción correctiva o resolución le gustaría que se tomara?

---

---

---

---

¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local o ante algún tribunal?

Sí  No

En caso afirmativo, marque e identifique todo lo que corresponda:

- Agencia Federal \_\_\_\_\_
- Corte Federal \_\_\_\_\_
- Agencia Estatal \_\_\_\_\_
- Corte Estatal \_\_\_\_\_
- Agencia Local \_\_\_\_\_

Proporcione información para una persona de contacto en la agencia o el tribunal donde se presentó la queja.

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_

Número Telefónico: \_\_\_\_\_

Firme a continuación (no podemos aceptar quejas sin firmar). Puede adjuntar cualquier material escrito adicional u otra información que considere relevante para su queja.

---

Firma

---

Fecha

**Envíe este formulario por correo a:**

Human Resource Director  
City of Woodburn  
270 Montgomery St  
Woodburn, OR 97071

**O correo electrónico :** [HR@ci.woodburn.or.us](mailto:HR@ci.woodburn.or.us)

**O fax al:** 503-982-3276

Retransmisión TTY sin cargo estatal: (800) 735-1232