

INFORMACION DEL QUERELLANTE A LA AUTORIDAD PORTUARIA DE LITTLE ROCK		
Querellante (nombre, medio, apellido)		
Dirección (número y calle, ciudad, estado, código postal)		
Teléfono de casa () -	Teléfono de trabajo () -	Teléfono celular () -
PERSONA QUE CREE DISCRIMINÓ CONTRA USTED, SI LA CONOCE		
Persona (nombre, medio, apellido)		Título
Nombre del departamento		
Denunciante (nombre, medio, apellido)		
Teléfono de casa () -	Teléfono de trabajo () -	Teléfono celular () -
¿Cuándo fue el último acto discriminatorio alegado? (mes, día, año)		
<p>Las denuncias por discriminación deben presentarse dentro de los 180 días siguientes a la presunta discriminación. Si el supuesto acto de discriminación ocurrió hace más de 180 días, explique su demora en presentar esta queja.</p>		
<p>La supuesta discriminación fue basaba en:</p> <p><input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Género <input type="checkbox"/> Origen Nacional</p> <p><input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Ascendencia <input type="checkbox"/> Represalias <input type="checkbox"/> Afiliación Religiosa <input type="checkbox"/> Opiniones Políticas *</p> <p><input type="checkbox"/> Credo * <input type="checkbox"/> Sexo * <input type="checkbox"/> Estado Civil * <input type="checkbox"/> Orientación Sexual * <input type="checkbox"/> Genética *</p>		

* Designa las áreas protegidas por la ordenanza e información CLR, no el Título VI.

Describa los presuntos actos de discriminación. (Use páginas adicionales, si es necesario)

Testigo 2 (nombre, medio, apellido)		Titulo	
Nombre de la compañía			
Dirección (número y calle, ciudad, estado, código postal)			
Teléfono de casa () -	Teléfono de trabajo () -	Teléfono celular () -	
Incluya una breve descripción de la información relevante que el testigo puede proporcionar para apoyar su queja de discriminación:			

Devuelva este formulario a:
Jean Pulliam, Coordinador de Implementación Título VI
Autoridad Portuaria de Little Rock
10600 Industrial Harbor Drive
Little Rock, AR 72206
(501) 490-1468

Testigo 3 (nombre, medio, apellido)		Titulo	
Nombre de la compañía			
Dirección (número y calle, ciudad, estado, código postal)			
Teléfono de casa () -	Teléfono de trabajo () -	Teléfono celular () -	
Incluya una breve descripción de la información relevante que el testigo puede proporcionar para apoyar su queja de discriminación:			

Devuelva este formulario a:
Jean Pulliam, Coordinador de Implementación Título VI
Autoridad Portuaria de Little Rock
10600 Industrial Harbor Drive
Little Rock, AR 72206
(501) 490-1468