

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)

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.

La supuesta discriminación fue basaba en:
 Raza Color Discapacidad Género Origen Nacional
 Edad Ascendencia Represalias Afiliación Religiosa Opiniones Políticas *
 Credo * Sexo * Estado Civil * Orientación Sexual * Genética *

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

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

Proporcione los nombres de cualquier persona con información adicional sobre su		
Testigo 1 (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 Derechos Civiles
Autoridad Portuaria de Little Rock
10600 Industrial Harbor Drive
Little Rock, AR 72206
(501) 490-1468

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 Derechos Civiles
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 Derechos Civiles
Autoridad Portuaria de Little Rock
10600 Industrial Harbor Drive
Little Rock, AR 72206
(501) 490-1468