



Formulario para Someter Querella de Discriminación para No-Empleados

Si cree que ha sido discriminado por motivos de raza, color, origen nacional, edad, sexo o discapacidad, o si cree que uno o más programas de *GCRA* están siendo administrados de una manera que discrimina a una persona o grupo de personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, sexo o discapacidad, puede presentar una querella en un plazo de 180 días a partir de la fecha de la supuesta discriminación. Para más información, consulte el "Procedimiento para Querellas por Discriminación de No-Empleados" de *GCRA* o puede comunicarse con el Coordinador de No-Discriminación identificado más adelante. Cualquier persona que presente una querella o testifique, ayude o participe en una investigación, procedimiento o audiencia de no-discriminación no podrá ser intimidada ni objeto de represalias por parte del Departamento con el fin de interferir con cualquier derecho o privilegio garantizado por la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Sección 504 o cualquier otra ley de derechos civiles. Complete este formulario y envíelo por correo o entréguelo a:

John F. Castile

Non- Discrimination Coordinator

301 University Ridge, Suite S4300

Greenville SC 20601

864.242.9801

discrimination@gcra-sc.org

1. Nombre del denunciante/querellante:

2. Dirección:

3. Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

4. Número de Teléfono: _____

Correo electrónico (E-Mail): _____

5. Persona la cual fue discriminada (si otra además del querellante):

Nombre: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____



GCRA

Greenville County Redevelopment Authority

6. Otra(s) persona(s) que pueda(n) tener conocimiento del suceso: Nombre: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____ Número de Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____ Nombre: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____
Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

7. ¿En qué se basó la discriminación? (Marque todo lo que corresponda): Raza Color Origen Nacional (incluyendo Dominio Limitado del inglés - *LEP por sus siglas en inglés*) Discapacidad Sexo Edad Represalias Otro (por favor especifique) _____

8. Fecha del incidente que dio lugar a la discriminación: _____

9. Describa la discriminación. ¿Qué ocurrió y quién fue el responsable? Si necesita más espacio, adjunte hoja(s) adicional(es).

10. ¿Ha presentado esta querrela ante otro organismo federal, estatal o local, o ante un tribunal federal o estatal? Si No Si la respuesta es afirmativa, marque cada organismo en el que se haya presentado la querrela: Agencia Federal Corte Federal Agencia Estatal Corte Estatal Agencia Local Otro _____

11. Incluya la información de contacto del organismo /agencia con el cual también presentó la querrela:

Nombre: _____ Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Número de Teléfono o Correo Electrónico: _____ Fecha de presentación: _____

12. Firme la querrela en el espacio que aparece a continuación y escriba la fecha. Adjunte cualquier documento que considere que respalda su querrela.

Denunciante/Qurellante (firma) _____ Fecha _____