



# CITY OF PROVIDENCE

## FORMULARIO DE QUEJAS POR DISCRIMINACIÓN

### SECCIÓN I. INFORMACIÓN DEL/LA DENUNCIANTE\*

---

Nombre del/la denunciante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN II. DETALLES DE LA QUEJA

---

**1. Nombre y cargo del/de la personal, o del programa, actividad, o servicio contra el cual se presenta la queja:**

\_\_\_\_\_

**2. Por favor, indique a continuación el/los motivo(s) por el cual cree que estas acciones discriminatorias fueron tomadas.**

Raza: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Color: \_\_\_\_\_

Discapacidad: \_\_\_\_\_

Origen Nacional: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

**3. Según su mejor recuerdo, ¿en qué fecha(s) ocurrieron los actos de discriminación?**

Primera fecha de discriminación: \_\_\_\_\_

Fecha más reciente de discriminación: \_\_\_\_\_

**4. Por favor, explique lo más claramente posible qué sucedió, por qué cree que sucedió y cómo fue discriminado/a/e. (Utilice hojas adicionales si es necesario.)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. Si cree que ha sido víctima de represalias por quejarse de discriminación o por cooperar en una investigación de discriminación, por favor explique las circunstancias y las acciones que tomó, que cree que fueron la base para las represalias alegadas.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**6. Por favor, liste a continuación a las personas (testigos, compañeros/as/es de trabajo, supervisores/as/es u otros), si se conoce, con quienes la Ciudad pueda ponerse en contacto para obtener información adicional para respaldar o aclarar su queja.**

---

---

---

**7. Proporcione cualquier otra información que considere relevante para su queja de discriminación.**

---

---

---

**8. ¿Qué remedio busca por la supuesta discriminación?**

---

---

---

Con mi firma a continuación, reconozco que la información es verdadera y correcta según mi conocimiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Para enviar una copia impresa de este formulario por correo:**

City of Providence, Solicitor's Office  
444 Westminster Street, Suite 220  
Providence, RI 02903

**Para enviar electrónicamente:**

LFelix@providenceri.gov

**Si tiene alguna pregunta o desea solicitar un formato alternativo:**

Leonela Felix  
Assistant City Solicitor  
Phone: 401-680-5333 (TTY: 711)  
Email: Lfelix@providenceri.gov