



## CONDADO DE BERGEN

### FORMULARIO DE CONTROL DE CALIDAD Y SERVICIO AL CLIENTE

**NOTA:** La siguiente información es necesaria para ayudar a procesar su queja.

**A. Información del demandante:**

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Número de teléfono (casa): \_\_\_\_\_

Número de teléfono (trabajo): \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Requisitos de formato accesible? (*Seleccione uno o más*)

Letra grande \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

**B. Persona discriminada (si es alguien que no es el denunciante):**

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Número de teléfono (casa): \_\_\_\_\_

Número de teléfono (trabajo): \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Relación con la persona por la que se queja: \_\_\_\_\_

Por favor, explique por qué ha presentado una solicitud para un tercero:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si presenta la solicitud en nombre de un tercero.

- |   |    |
|---|----|
| o | Sí |
| o | No |

**C.** ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la razón por la que cree que ocurrió la discriminación?

\_\_\_\_\_Raza \_\_\_\_\_Color \_\_\_\_\_Nacional Origen\_\_\_\_\_

**D. ¿En qué fecha(s) tuvo lugar la supuesta discriminación?**

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Otro:**

---

---

---

E. Sírvanse describir la supuesta discriminación. Explique lo que sucedió y quién cree que fue el responsable. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que lo discriminó (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita espacio adicional, agregue una hoja de papel.

[illegible]

**F. ¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal local, o ante algún tribunal federal o estatal? Haga una lista de todas las que correspondan.**

Agencia Federal \_\_\_\_\_

Tribunal Federal

Agencia Estatal \_\_\_\_\_  
Tribunal Estatal \_\_\_\_\_  
Agencia Local \_\_\_\_\_

Si ha verificado lo anterior, proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la queja.

Nombre: \_\_\_\_\_  
Título: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono (casa): \_\_\_\_\_  
Número de teléfono (trabajo): \_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**G.** Por favor, firme a continuación. Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Archivos adjuntos: Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_