FOR OFFICIAL USE ONLY: **THRC#**_____

COMISION DE DERECHOS HUMANOS DE TENNESSEE, CARGO DE DISCRIMINACION

NOMBRE *(Indique Sr., Sra., Srta.)*	TELEFONO DE CASA (*Incluya Código de Area)*
DIRECCION DE DOMICILIO CIUDAD, ESTADO, Y CODIGO POSTAL	FECHA DE NACIMIENTO

MENCIONADA AL SIGUIENTE SE ENCUENTRA LA ENTIDAD DE ESPACIO PUBLICO QUE DISCRIMINO EN MI CONTRA (si es más de una, por favor escriba al siguiente)

NOMBRE	NUMERO DE TELEFONO *(Incluya Código de Area)*
DIRECCION CIUDAD, ESTADO, Y CODIGO POSTAL	CONDADO
NOMBRE	NUMERO DE TELEFONO *(Incluya Código de Area)*
DIRECCION CIUDAD, ESTADO, Y CODIGO POSTAL	CONDADO

CAUSA DE DISCRIMINACION BASADA EN *(Marque los espacios apropriados)*

☐ RAZA, especifíque _____ ☐ REPRESALIA ☐ ORIGEN NACIONAL, especifíque_____

☐ SEXO, especifíque _____ ☐ EDAD ☐ COLOR, especifique _____

☐ RELIGION, especifíque _____ ☐ CREDO

FECHA EN LA QUE OCURRIO LA DISCRIMINACION:

FECHA DE INICIO : *FECHA MAS RECIENTE:*

ACCION CONTINUADA ☐

EXPLIQUE LO QUE SUCEDIO: [*si necesita más espacio, adjunte hoja(s) adicional(es)]*

Usted tiene la opción de firmar la siguiente declaración, ó notarizar el formulario de queja, cualquier de los cuales debe ser hecho antes de presentar la queja.

Yo declaro bajo pena de perjurio que lo anteriormente mencionado es verdadero y correcto

FIRMA DEL DEMANDANTE FECHA

FIRMA DEL DEMANDANTE FECHA

Jurado y firmado ante mi este día _____ de _____ del 20_____.

Firma del Notario Público _____ Fecha de Vencimiento _____.

¿Como se enteró usted sobre la Comisión de Derechos Humanos de Tennessee?

Radio_____ **Televisión**_____ **Amistad**_____ **Otro, especifíque**_____