

**QUEJA DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA
AUTORIDAD DE TRÁNSITO REGIONAL DE
MONTACHUSETT**

Formulario General de Queja

Nombre del demandante:		Teléfono (diurno):		
Dirección:		Ciudad, Estado, Código Postal:		
Nombre del Representante ante el Demandante: (si corresponde)		Relación con el demandante:		
Dirección completa (del representante):		Teléfono (diurno):		
Nombre (si se conoce) del personal, organización o agencia relacionada con MART que cree que lo discriminó:				
Ubicación del presunto incidente:				
Fecha del presunto incidente:				
Usted fue discriminado por los siguientes motivos:				
<input type="checkbox"/> Status Familiar	<input type="checkbox"/> Religión	<input type="checkbox"/> Represalias	<input type="checkbox"/> Edad	<input type="checkbox"/> Sexo, orientación sexual, identidad de género
Proporcione un relato conciso y claro del incidente y la naturaleza de la discriminación que enfrentó. Especifique las personas involucradas y destaque cómo se trató a los demás de manera diferente a usted. Además, incluya cualquier documentación escrita relevante relacionada con su caso.				
Firma:		Fecha:		

Para ponerse en contacto con nosotros:

1427R Water Street Fitchburg, MA 01420 978-345-7711
