



Es políza del Pueblo de West Hartford garantizar que ninguna persona sea excluida de la participación, se le nieguen los beneficios o sea objeto de discriminación en el recibo de sus servicios o bajo cualquier programa o actividad del Pueblo de West Hartford, por motivos de raza, color, religión, dominio limitado del inglés, étnico, origen nacional, ascendencia, sexo, edad, orientación sexual, información genética, identidad/expresión de género, estado civil, ciudadanía, condición de veterano, discapacidad, política creencia, o cualquier otro estado protegido de acuerdo con los requisitos y cualquier excepción bajo la ley estatal o federal aplicable.

Este formulario se puede usar para presentar una queja ante el Pueblo de West Hartford por supuestas alegaciones o violaciones de discriminación. Si necesita ayuda para completar este formulario o si lo necesita en un idioma diferente, comuníquese con la Coordinadora de Equidad del Pueblo identificado en la segunda página.

DATOS DE CONTACTO

Nombre del denunciante: _____

Nombre del Representante (si es diferente del Demandante): _____

Dirección: _____

Numero de telefono: _____ Correo electronico: _____

Indique el método de contacto preferido: _____

DETALLES DEL INCIDENTE

Por favor de proveer información detallada y una descripción completa de las circunstancias que provocaron su queja, incluida la fecha y el lugar del presunto incidente, los nombres y la información de contacto de las personas involucradas, incluidos los testigos. Añadir páginas adicionales, según sea necesario para completar los detalles. Adjunte cualquier documentación de respaldo, según corresponda; incluyendo cartas, correos electrónicos, fotografías, etc.

Firma del Denunciante

Fecha de hoy

El formulario de queja completado debe ser devuelto a:

Adrienne Billings-Smith, Coordinadora de Eqidad
Oficina de Promocion de la Equidad
50 South Main Street, Sala 329
West Hartford, CT 06107
Numero de Telephono: 860-561-7448
Correo Electronico: WHEquity@westhartfordct.gov