

El formulario de denuncia se tiene que entregar a:
 Servicios Legales del Distrito Escolar Metropolitano de
 Madison
 545 W. Wilson Street, Suite 104 Madison, WI 53703-

Denuncia de Discriminación

Información de contacto:

Nombre:	Departamento/Sección (Empleado)
Dirección de domicilio:	Cargo de trabajo (del empleado)
Ciudad/Estado/Código Postal:	
Número de teléfono celular o de casa:	Número de teléfono del trabajo (¿podemos llamarle a este número?: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>)

Seleccione una opción:

<input type="radio"/> Estudiante	<input type="radio"/> Padre, madre o tutor legal	<input type="radio"/> Visitante	<input type="radio"/> Empleado	<input type="radio"/> Solicitante de empleo	Otro _____
----------------------------------	--------------------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------------	------------

Causa de la Discriminación:

<input type="radio"/> Edad <input type="radio"/> Estado civil <input type="radio"/> Orientación sexual <input type="radio"/> Identidad genética (Empleado) <input type="radio"/> Color <input type="radio"/> Nacionalidad de origen/Ascendencia <input type="radio"/> Embarazo (Estudiante/Empleado) <input type="radio"/> Licenciamiento no honroso del servicio militar (Visitante) <input type="radio"/> Incapacidad <input type="radio"/> Raza <input type="radio"/> Estado paterno (Estudiante) <input type="radio"/> Apariencia física (Visitante) <input type="radio"/> Expresión de género <input type="radio"/> Religión/Credo <input type="radio"/> Antecedentes penales (Empleado/Visitante) <input type="radio"/> Ideología política (Visitante) <input type="radio"/> Identidad de género <input type="radio"/> Represalias <input type="radio"/> Antecedente policial (Empleado/Visitante) <input type="radio"/> Estatus de estudiante (Visitante) <input type="radio"/> Persona sin hogar <input type="radio"/> Sexo <input type="radio"/> Pertenencia al servicio militar (Empleado)

Lugar donde sucedió el incidente: _____

Fecha del incidente más reciente: _____

(la denuncia se tiene que presentar dentro de los 300 días del incidente más reciente)

¿Ha reportado este incidente a alguna persona? Sí No

Si su respuesta es sí, ¿a quién se lo reportó y cuál es el cargo de esa persona?: _____

Nombre(s) de la persona(s) supuestamente responsable(s) del acto discriminatorio (si conoce el nombre):	Escuela/Departamento	Estudiante		Empleado	
		Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
		Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
		Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
		Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>

Por favor describa cada supuesto acto de discriminación. Para cada acto de discriminación nombrado, por favor incluya la fecha o fechas que sucedió el acto, el nombre de cada persona involucrada y, por qué cree que fue un acto de discriminación. Asimismo, comparta el nombre de cualquier persona que estuvo presente y fue testigo del acto de

discriminación. (Si es necesario, agregue hojas adicionales)

Firma del/de la Denunciante:	Fecha:
------------------------------	--------

(modificado 6/2016)