

**DENUNCIA DISCRIMINACIÓN CONTRA BVCOG
TÍTULO VI Y ESTATUTOS RELACIONADOS**

Contacto Información

Nombre: _____

Femenino: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Home Phone: _____ Work Phone: _____

Correo Electrónico: _____

Protesta Discriminación

Nombre de la persona usted cree discriminado contra usted: _____

Fecha del supuesto incidente: _____

Usted se discriminaron por:

- Raza
- Represalias
- Sexo
- Familiar Status
- Religión
- Color
- País de origen (o idioma)
- Edad
- Discapacidad
- Otro

Explique brevemente y claramente como sea posible lo que pasó y cómo fueron discriminados. Indicar quién estaba implicado. Asegúrese de incluir cómo otras personas fueron tratadas diferentemente que usted. También adjuntar cualquier material escrito referente a su caso:

Firma:

Fecha:

Brazos Valley Council of Governments
3991 E. 29th Street, Bryan, TX 77802
P. O. Drawer 4128, Bryan, TX 77805
Phone: 979-595-2800

Fax: 979-595-2805
www.bvcog.org