Devuelva el formulario diligenciado a:
MMSD- Distrito Escolar Metropolitano de Madison
Servicios legales
545 W. Dayton Street, Oficina 104
Madison, WI 53703

Queja por discriminación

Información personal de contacto:

Nombre:	Departamento o División (Empleado)
Dirección del domicilio:	Cargo (Empleado)
Ciudad, estado y código postal:	
Tel. celular o de la casa:	Tel. del trabajo: (¿Podemos llamarlo a este #?: Sí ○ No ○)

Marque una opción:

○ Estudiante	○ Padre	○ Visitante	○ Empleado	○ Solicitante de empleo	Otro:_____

Causa de discriminación:

○ Edad	○ Estado civil	○ Orientación sexual	○ Identidad genética (Empleado)
○ Color	○ Origen nacional o ancestros	○ Embarazo (Estudiante o empleada)	○ Despido menos que honorable (Visitante)
○ Discapacidad	○ Raza	○ Estado de paternidad (Estudiante)	○ Apariencia física (Visitante)
○ Expresión de género	○ Religión o credo	○ Antecedente de arresto (Empleado, Visitante)	○ Creencias políticas (Visitante)
○ Identidad de género	○ Represalia	○ Antecedente de condena (Empleado, Visitante)	○ Situación de estudiante (Visitante)
○ Estado de desamparo	○ Sexo	○ Miembro del servicio militar (Empleado)	

Lugar en donde ocurrió el incidente: _____

Fecha cuando ocurrió el incidente más reciente: _____
(La queja se debe presentar dentro de los 300 días a partir del incidente más reciente)

¿Ha reportado este incidente a alguien? Sí ○ No ○
Si respondió Sí, ¿a quién y qué cargo tiene?: _____

Nombres de los presuntos ofensores (si los sabe):	Escuela o departamento	Estudiante		Empleado	
		S ○	N ○	S ○	N ○
		S ○	N ○	S ○	N ○
		S ○	N ○	S ○	N ○

Por favor, describa cada acto discriminatorio. En cada caso incluya: la fecha cuando ocurrió cada hecho, nombre de cada persona(s) involucrada y porqué cree que hubo discriminación. Además, incluya el nombre de todas las personas que estaban presentes y fueron testigos de los actos de discriminación. (Si es necesario, adjunte más hojas)

Firma de la persona que presenta la queja:	Fecha:

(Revisada en junio de2016)