



FLORIDA DEPARTMENT OF ENVIRONMENTAL PROTECTION

Programa Antidiscriminatorio

Querrela de Discriminacion

Envíe el formulario completo a: IG.Complaints@FloridaDEP.gov

Nombre del querellante:			Número de teléfono:		
Dirección:					
Nombre, dirección, teléfono y relación (ej. amigo, abogado, pariente, etc.) del Representante del querellante:					
Nombre y dirección de la Agencia, Institución, o Departamento que usted alega discrimino en su contra:					
Nombre(s) del Individuo(s) Quien(es) Usted Alega Discrimino (naron) Contra Usted Si lo(s) Conoce:					
Razón de la discriminación:			Fecha de la alegada discriminación:		
Raza	Color	Origen Nacional			
Sexo	Edad	Incapacidad/Impedimento Físico			
Represalia	Status de Ingreso	Otro			
Indicar el nombre (s) y número(s) de teléfono(s) de alguna persona(s) que el Departamento de Protección del medio de Florida ambientepuede comunicarse para información adicional que clarifique o respalde su alegación o alegaciones.					
Explicar tan claro como sea posible, como, porque, cuando y donde usted cree que fue discriminado. Incluya suficiente información acerca de los antecedentes según le sea posible, de los alegados actos de discrimen. Puede añadir paginas adicionales, si es necesario.					
Firma del Querellante(s) o su Representante:			Fecha:		