

# Formulario de Querrela por Título VI del Municipio Autónomo de Caguas

## Instrucciones:

Si usted desea presentar una querrela relacionada a Título VI ante la Oficina de Recursos Humanos del Municipio Autónomo de Caguas (MAC), favor de completar la forma que se incluye a continuación y diríjala a: MAC, Atención: Oficina de Recursos Humanos, PO Box 907, Caguas, Puerto Rico 00726-0907. De necesitar información adicional sobre este particular o para obtener una copia completa de la Política de Título VI del MAC comuníquese al 787-653-8833 ext. 2100-2101 o mediante correo electrónico a [lcordero@caguas.gov.pr](mailto:lcordero@caguas.gov.pr).

## Por favor completar el siguiente formulario para la solicitud

Nombre (Querellante) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección Residencial \_\_\_\_\_

Fecha del Incidente: Mes/ Día/Año

Si aplica, nombre de la persona que alegadamente discriminó en su contra

\_\_\_\_\_

Ubicación y puesto de la persona, si la conoce

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Tipo de discrimen**

- Raza
- Color
- Origen Nacional

**Detalles de discrimen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Explique clara y brevemente qué ocurrió y cómo cree que fue objeto de discrimen o se discriminó en su contra. Indique quién o quiénes estuvieron involucrados en el alegado discrimen. Cerciórese de indicar en qué forma usted fue tratado de manera distinta a los demás. Además, favor de incluir cualquier escrito relacionado a su caso.

**¿Por qué usted cree que estos acontecimientos ocurrieron?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**¿Qué otra investigación usted piensa podría ser relevante para esta investigación?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**¿Cómo estos asuntos pueden ser resueltos de forma satisfactoria para usted?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Testigos (si alguno):**

---

---

Favor de enumerar la (las) personas (s) que podamos contactar para obtener información adicional que nos permita validar o aclarar su querella. Favor incluir dirección y teléfono de contacto.

**¿Usted ha presentado esta querella ante otra agencia federal, estatal o local; o ante una corte federal o estatal?**

- Si  
 No

**Si su respuesta es sí, favor de marcar todo lo que aplique:**

- Agencia Federal  
 Agencia Local  
 Agencia Estatal  
 Corte Federal  
 Corte Estatal

Si sometió una querella ante una agencia y/o corte, favor de proveer información relacionada a la persona contacto en la agencia y/o corte ante la cual se presentó la reclamación.

**Agencia/Corte:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

---

---

**Nombre de Contacto:**

**Teléfono:**

**Fecha que se Sometió:**

---

---