



Copper Canyon Fire & Medical District

26B West Salt Mine Road, Camp Verde, AZ 86322
www.ccfmd.az.gov Phone (928) 567-9401

Formulario de queja por no discriminación

La siguiente información es necesaria para ayudar a procesar su queja. Por favor envíe este formulario y cualquier información adicional a:

Programa de no discriminación del Distrito Médico y de Bomberos de Copper Canyon

Atención Oficial de Cumplimiento de Derechos Civiles

Teléfono: 928-567-9401 o correo electrónico: CCFMDoffice@ccfmd.az.gov

Información del denunciante:

Nombre:

DIRECCIÓN:

Número de teléfono:

Persona discriminada (si no es el demandante):

Nombre:

DIRECCIÓN:

Número de teléfono:

¿Qué clase o tipo de discriminación supuestamente tuvo lugar?

Describe la supuesta discriminación. Explique lo que sucedió y quién cree que fue responsable.

Incluye los nombres y la información de contacto de los testigos o información adicional.

¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal? Marque todo lo que corresponda.

Agencia Federal Corte Federal Agencia del Estado

Corte Estatal Agencia Local Otro: _____

Nombre de la agencia o tribunal donde se presentó la queja:

Por favor, firme a continuación. Puede adjuntar cualquier material escrito o otra información que considere relevante para su queja.

Firma: _____

Fecha: _____