



Maricopa County Air Quality Department
 301 West Jefferson Street, Suite 410 | Phoenix, AZ 85003
 Phone: 602-506-6010 | Fax: 602-506-6179
 Email: AQPlanning@maricopa.gov



NONDISCRIMINATION PROGRAM COMPLAINT FORM

La siguiente información se necesita para procesar su queja. Someta la forma y cualquier información adicional a:

MCAQD Nondiscrimination Program
 ATTN: Johanna M. Kuspert, MCAQD Nondiscrimination Program (Coordinator)
 301 W. Jefferson St., Suite 410, Phoenix, AZ 85003
 Teléfono: 602-506-6710 Correo Electrónico: Johanna.Kuspert@maricopa.gov

Información de la persona que está poniendo la queja:

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Trabajo) _____

Persona a la que se discriminó (alguien que no sea la persona que está poniendo la queja):

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Trabajo) _____

¿Cuál de las siguientes razones describe por lo que usted siente que se le discriminó?

Raza/Color (Especifique) _____ Nacionalidad (Especifique): _____
 Sexo (Especifique) _____ Edad (Especifique): _____ Incapacidad (Especifique): _____

¿En qué fecha(s) sucedió la discriminación? _____

Describa la presunta discriminación. Explique qué sucedió y quién cree usted que fue responsable (si necesita más espacio, agregue otra hoja).

Escriba una lista con los nombres de las personas que puedan tener conocimiento de la presunta discriminación y cómo contactarlas.

¿Ha presentado esta queja con otra agencia federal, estatal o local, o con cualquier corte federal o estatal? Marque todas las que apliquen.

Agencia Federal Corte Federal Agencia Estatal Corte Estatal Agencia Local

Por favor proporcione información de la agencia o corte donde a presentó su queja.

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono: _____ Extensión: _____

Por favor firme abajo. Puede anexar cualquier material escrito u otra información que usted crea que es relevante sobre su queja.

Firma de la Persona que presenta la queja: _____ Date: _____ Numero de Anexos: _____