



FORMULARIO DE QUEJA POR DISCRIMINACIÓN

Nombre		Teléfono		Nombre de la(s) persona(s) que lo discriminaron			
Dirección (Nº de calle, apartado postal, etc.)				Ubicación		Posición de la persona (si se conoce)	
Ciudad		Estado		Ciudad		Estado	
Discriminación por:				Fecha(s) del(los) supuesto(s) incidente(s)			
☐ Raza/Color ☐ Sexo ☐ Discapacidad ☐ Edad ☐ Origen nacional* ☐ Represalias ☐ Religión							
Explique lo más breve y claramente posible qué sucedió y cómo fue discriminado. Indique quién estuvo involucrado. Asegúrese de incluir cómo otras personas fueron tratadas de manera diferente a usted. Además, adjunte cualquier material escrito relacionado con su caso.							
Firma				Fecha			
Envíe este formulario al Coordinador de Derechos Civiles de PhilaPort.							
		CORREO Puerto de Filadelfia Coordinador de Derechos Civiles 3460 N. Delaware Ave, segundo piso Filadelfia, PA 19134		CORREO ELECTRÓNICO CRComplaint@philaport.com			



DISCRIMINACIÓN POR DERECHOS CIVILES
FORMULARIO DE RETIRO DE QUEJA

NÚMERO DE CASO	FECHA DE LA DENUNCIA
NOMBRE DEL DEMANDANTE	NÚMERO PERSONAL
DIRECCIÓN DEL DEMANDANTE	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/ENTIDAD
NÚMERO DE CONTACTO DEL DEMANDANTE	NÚMERO DE CONTACTO DE AGENCIA/ENTIDAD
POR FAVOR INDIQUE POR QUÉ SE SOLICITA EL RETIRADO DE ESTA QUEJA (USE PAPEL ADICIONAL SI NECESARIO)	

Tenga en cuenta que se considerará su solicitud de retirada de su queja.

Sin embargo, dependiendo de las acusaciones y circunstancias, PhilaPort puede continuar con su investigación.

SE PROHÍBE TOMAR REPRESALIAS DE CUALQUIER TIPO CONTRA PERSONAS QUE HAYAN PRESENTÓ UNA DENUNCIA, CONDUCTA REPORTADA, TESTIFICADA, ASISTIDA O PARTICIPADO EN CUALQUIER PROCEDIMIENTO, INVESTIGACIÓN O AUDIENCIA SOBRE CUALQUIER ALEGACIÓN DE DISCRIMINACIÓN

NO ME HE OBLIGADO A SOLICITAR ESTE RETIRO.

FIRMA DEL DEMANDANTE	FECHA
----------------------	-------