

Apéndice

Apéndice A

formulario de quejas de recursos humanos del Condado de Knox

El Condado de Knox garantiza que ninguna persona o grupo de personas, por motivos de raza, color, sexo, religión, origen nacional, edad, discapacidad, represalia o información genética, sean excluidos de la participación, se les deniegue los beneficios de, o sean de otra manera sometidos a discriminación en todos los programas, servicios o actividades, incluidas todas las prácticas de empleo.

Fecha de presentación: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono de trabajo: _____

Teléfono de casa: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Fecha del presunto incidente: _____



Indique debajo de la persona (s) que usted cree que discriminó:

Nombre (s): _____

Ubicación del trabajo: _____

Teléfono de trabajo: _____

Sírvanse proporcionar una descripción detallada de la supuesta incidencia de discriminación. Si hay algún testigo, por favor proporcione su información de contacto. Adjunte páginas adicionales según sea necesario.

Por favor, proporcione un plan detallado sugerido o remedio para esta queja. Adjunte páginas adicionales según sea necesario.

¿Ha presentado o tiene la intención de presentar una queja sobre este incidente con otras agencias (federales, estatales o locales)?

Sí no

Si es así, por favor proporcione la siguiente información:

Nombre de la Agencia: _____

Dirección: _____

Nombre del investigador: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Fecha de archivado: _____

Estado de la queja: _____

Pcontrato de arrendamiento adjuntar y/o proporcionar cualquier información adicional que podría ser útil en el procesamiento de su queja.

El formulario rellenado debe enviarse a:

Edificio del Condado de ciudad, recursos humanos, Suite 360

400 Main Street

Knoxville, TN 37902

Oficina: 865-215-3641

TTY: 865-215-2497

SIGNature

Date