



Para uso de la oficina de OCR solamente  
Complaint Numbers

Ordinance Case # \_\_\_\_\_

### Queja acerca de la Ordenanza

- Capítulo 4-14 Derecho de organizarse de los inquilinos
- Capítulo 4-15 Contratación con oportunidades equitativas
- Capítulo 5-1 Discriminación de vivienda
- Capítulo 5-2 Discriminación en alojamientos públicos
- Capítulo 5-3 Discriminación en el empleo
- Capítulo 5-4 Contratistas de la Ciudad
- Capítulo 5-5 Discriminación contra personas con SIDA
- Capítulo 5-6 Discriminación contra personas con discapacidades

#### DEMANDANTE

Nombre y apellido completo

Teléfono

Correo electrónico

Dirección postal

#### DEMANDADO La persona que me discriminó.

Nombre completo

Puesto/Título

Teléfono

Correo electrónico

Nombre de la empresa / Organización / Propiedad

Dirección física

Dirección postal

**City of Austin  
Office of Civil Rights**

505 Barton Springs Road, Suite 515, Austin, TX 78704  
Mailing Address: P.O. Box 1088, Austin, TX 78767



**DISCRIMINACIÓN. Explique las acciones o decisiones que usted entiende son discriminatorias.**

**INCIDENTE(S). Proporcione la fecha del incidente más reciente o la situación que continúa.**

Proporcione detalles, incluyendo fechas y lugares. Proporcione los nombres y puestos/títulos de las personas involucradas.

**SECCIÓN DE FIRMAS**

Juro o afirmo que he leído el cargo mencionado arriba y que el mismo es verídico, a mi leal saber y entender y según mi mejor información.

---

Firma del demandante

Fecha