

Sección 2. B.			
Nombre del interesado:		Número de identificación del empleado:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Puesto que ocupa:	Escuela/Departamento:	
Correo electrónico del empleado:			
Representación (Elija una opción)	Propio <input type="checkbox"/>	Abogado <input type="checkbox"/>	Representante <input type="checkbox"/>
Nombre del representante:	Teléfono:	Correo electrónico:	
Si es público general, complete la sección 2.C. a continuación:			
Sección 2. C.			
Nombre del interesado:			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Empresa/Organización/Otra afiliación (si procede):		
Correo electrónico:			
Representación (Elija una opción)	Propio <input type="checkbox"/>	Abogado <input type="checkbox"/>	Representante <input type="checkbox"/>
Nombre del representante:	Teléfono:	Correo electrónico:	
SECTION III (Required)			
Complaint Filed Against:	Position/Title:	Campus/Department:	
SECCIÓN IV (Obligatoria) - Motivo de la reclamación			
Declaración que describa las circunstancias que dan lugar a la queja/reclamación (sea lo más específico posible):			

Indique el perjuicio concreto que alega:

¿Se ha intentado resolver el problema de manera informal? En caso afirmativo, descríballo, incluyendo la(s) fecha(s) del intento de resolución y con quién:

Ayuda o remedio específico solicitado (OBLIGATORIO):

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

Documentos adjuntos: NO *SÍ * En caso afirmativo, debe completar y adjuntar el Formulario de prueba de audiencia del agraviado. Nota: TODOS los documentos relacionados con esta queja deben adjuntarse a la presentación de la queja.