



**Maricopa County Air Quality Department**  
 301 W. Jefferson St., Suite 410, Phoenix, AZ 85003  
 Phone: 602-506-6010  
 Email: AQMail@maricopa.gov  
 Maricopa.gov/AQ



**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](mailto: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 (si es distinta de la demandante):**

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:**

**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 (Casa): \_\_\_\_\_ Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_