

## FORMULARIO DE INCIDENTES

<b>FECHA:</b>	<b>NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETA EL FORMULARIO:</b>
<b>TIPO DE INFORME:</b>  ___ Inicial ___ Complementario ___ Final ___ Otro ___	
<b>NOMBRE DEL PARTICIPANTE (SI NO ES QUIEN COMPLETA EL FORMULARIO)</b>	
<b>DOMICILIO (INCLUIR NÚMERO DE APARTAMENTO) :</b>	
<b>CIUDAD/ESTADO:</b>	<b>CÓDIGO POSTAL:</b>
<b>NÚMERO DE TELÉFONO:</b> (     )	<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>
<b>PRESENTA QUEJA/APELACIÓN CONTRA (NOMBRE DEL PROGRAMA, DOMICILIO, NÚMERO DE TELÉFONO):</b>	
<b>ALEGACIÓN CONTRA:</b>  ___ EMPLEADO DEL PROGRAMA ___ OTRO PARTICIPANTE	
<b>INCIDENTE:</b>  ___ DISCRIMINACIÓN ___ PROBLEMA CON EL PROGRAMA ___ ACTIVIDAD DELICTIVA ___ CONDUCTA	

(PROPORCIONE UNA DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE, INCLUIDAS LAS FECHAS. SI ES NECESARIO, AGREGUE HOJAS CON INFORMACIÓN ADICIONAL):

***Firma de la persona que completa el formulario***

**SOLO PARA USO OFICIAL**

Fecha de recepción \_\_\_\_\_ Recibido por \_\_\_\_\_

Apelación expedita \_\_\_\_\_

Número de queja \_\_\_\_\_ ¿Queja? S / N    ¿Apelación? S / N

Referido a través de \_\_\_\_\_

Programa \_\_\_\_\_ WIA    \_\_\_\_\_ CDBG    \_\_\_\_\_ General Fund