

*Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
Municipio de Hormigueros  
Servicios de Transportación Colectiva  
Civil Rights Complaint Form (Querella)*

Complaint no. \_\_\_\_\_

Querella no. \_\_\_\_\_

Name (Nombre): \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

(Dirección): \_\_\_\_\_

Telephone # (Teléfono): ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

Explain as clearly as possible what happened and why you believe you were the object of discrimination.  
(Explique en detalle lo que sucedió y porqué cree que fue objeto de discrimen.):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Please check the type(s) of discrimination you feel you experienced:

(Por favor marque el(los) tipo(s) de discrimen que Ud. entiende de que fue objeto:)

race \_\_\_\_\_ national origin \_\_\_\_\_  
(raza) \_\_\_\_\_ color \_\_\_\_\_ (origen nacional) \_\_\_\_\_

Signature (Firma): \_\_\_\_\_ Date (Fecha): \_\_\_\_\_

***Do not write below the line. For official use only. No escriba debajo de la línea. Solo para uso oficial.***

**Status (Estado):**

**Active investigation (Bajo investigación)** \_\_\_\_\_

**Pending review (Pendiente de revisión)** \_\_\_\_\_

**Closed (Cerrado)** \_\_\_\_\_

**Results and corrective actions if warranted**

**(Resultados y medidas correctivas de ser necesario):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Name Municipal Officer  
Nombre Oficial Municipal**

\_\_\_\_\_  
**Signature  
Firma**

\_\_\_\_\_  
**Date  
Fecha**