

SAWNEE ELECTRIC MEMBERSHIP CORP.
FORMULARIO DE QUEJA DE CAPACIDAD LIMITADA EN INGLÉS (LEP)
(ANEXO "A")

Información de contacto:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

(Para uso interno)

Fecha recibida: ____/____/____

Método recibido: ____/____/____

¿Queja verbal? Sí No

Nombre del empleado que relleno
el formulario en nombre del
demandante:

Queja:

Los hechos y circunstancias de los cuales se trata la queja, incluyendo la fecha de la denuncia y el fundamento legal de la queja (es decir, raza, color de piel, origen nacional o estatus LEP):

Cualquier nombre de las personas, si las conoce, a quienes la Cooperativa podría contactar para obtener información adicional para apoyar o aclarar las acusaciones, e información de contacto para esas personas:

Acción correctiva o remedio solicitado:

Firme la queja en el espacio siguiente. Adjunte todos los documentos que usted cree que apoyan su queja.

Firma del demandante _____ Fecha _____

Si el formulario va a ser enviado por correo postal, por favor envíelo a la siguiente dirección:

Sawnee EMC
LEP Compliance Officer
543 Atlanta Rd.
Cumming, GA 30040
ryan.satterfield@sawnee.coop