Formulario de queja por discriminación Título VI y ADA

Sección I:			
Nombre:			
Dirección:			
Teléfono (casa):	Teléfono (trabajo):		
Dirección de correo electrónico:			
¿Requisitos de formato accesible?	Letra grande	Cinta de audio	
	TDD	Otro	
Sección II:			
¿Está presentando esta queja en su nombre?	Sí *	No	
** Si respondió "sí" a esta pregunta, pase a la **Sección III**.*			
De lo contrario, proporcione el nombre y el parentesco de la persona por la que se queja.			
Explique por qué ha presentado la:			
solicitud en nombre de un terceroconfirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si presenta la solicitud en nombre de un tercero.	Sí	No	
Sección III:			
Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda):			
Raza	Color	Origen nacional	Discapacidad
Fecha de la presunta discriminación (mes, día, año): _____			
Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de las personas que lo discriminaron (si se conocen), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario.			
_____			
_____			
_____			
Sección IV:			
¿Ha presentado anteriormente una queja por discriminación ante esta agencia?	Sí	No En	

caso afirmativo, proporcione cualquier información de referencia sobre su queja anterior. _____ _____
Sección V:
¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal? Sí No En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda: Agencia federal: _____ Tribunal federal: _____ Agencia estatal: _____ Tribunal estatal: _____ Agencia local: _____
proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.
Nombre:
Cargo:
Agencia:
Dirección:
Teléfono:
Sección VI:
Nombre de la agencia en contra de la queja:
Nombre de la persona en contra de la queja:
Cargo:
Ubicación:
Número de teléfono (si está disponible):

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que crea es relevante para su queja. Su firma y fecha son **requeridas a** continuación:

_____ _____

Firma Fecha

Envíe este formulario en persona a la dirección a continuación, o envíe este formulario por correo a:

ESCRIBA AGENCIA / PROVEEDOR DE TRÁNSITO NOMBRE AQUÍ
ESCRIBA TÍTULO VI / PERSONA DE CONTACTO ADA Y TÍTULO AQUÍ
ESCRIBA SU DIRECCIÓN AQUÍ
TÍTULO VI /NÚMERO DE TELÉFONO AQUÍ
PERSONA DE CONTACTO DE LA ADATIPO VI / CORREO ELECTRÓNICO DE LA PERSONA DE CONTACTO DE LA ADA AQUÍ

Se puede encontrar una copia de este formulario en línea en **TYPE WEB ADDRESS AQUÍ**