

Formulario de Reclamación de Discriminación

Sección I:

Nombre:

Dirección:

Teléfono (Casa):

Teléfono (Trabajo):

Correo electrónico:

requisitos de formato accesibles?

impresión grande

cinta de audio

TDD

Otros

Sección II:

¿está presentando esta queja en su propio nombre

Sí *

No

** Si usted contestó sí a esta pregunta vaya a la sección III.*

Si no, por favor sumeter su nombre y la relación de la persona para la cual usted se está quejando.

Por favor explique por qué ha presentado un tercer partido:

Por favor confirme que usted ha obtenido el permiso de la parte agraviada si usted está presentando en nombre de una tercera parte.

Sí

No

Sección III:

Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todos los que se aplican):

Race

Color

origen nacional

Discapacidad

Fecha de presunta discriminación (mes, día, año): _____

Explique lo más claramente posible lo que pasó y por qué cree que fue discriminado. Describir a todas las personas que participaron. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que discrimina contra usted (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, por favor use la parte posterior de este formulario.

Sección VI:

¿ha presentado anteriormente una queja por discriminación con esta agencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si es así, por favor proporcione cualquier información de referencia sobre su queja anterior. _____ _____		
Sección V:		
¿ha presentado esta queja con cualquier otra agencia federal, estatal o local, o con algún corte federal o estatal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, marque todas las que correspondan:		
<input type="checkbox"/> Agencia Federal:	<input type="checkbox"/> Corte federal:	<input type="checkbox"/> Agencia Estatal:
<input type="checkbox"/> Corte Estatal :	<input type="checkbox"/> agencia local:	
Por favor proporcione información acerca de una persona de contacto en la Agencia/corte donde se presentó la queja.		
Nombre:		
Título:		
Agencia:		
Dirección:		
Teléfono:		
Sección VI:		
Nombre de la queja de la agencia está en contra:		
El nombre de la queja de la persona está contra:		
Título:		
Dirección:		
teléfono (si está disponible)		

Usted puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere pertinente a su queja. Su firma y fecha son requeridos abajo

Firma

Fecha

Por favor, envíe este formulario en persona a la siguiente dirección, o envíe este formulario a:

Pinal Hispanic Council
Elizabeth Flores, Title VI Coordinator
107 E 4th St Eloy, Arizona 85131

520-466-7765 or email: eflores@pinalhispaniccouncil.org

Puede encontrar una copia de este formulario en línea at www.pinalhispaniccouncil.org

