

# Formulario de denuncia por discriminación

## Título VI y ADA

<b>Seccion I:</b>		
Nombre:		
Havla a:		
Telefono (Casa):	Telefono (Trabajo):	
Direccion de correo electronico:		
Requisitos de formato accessible?	<input type="checkbox"/> Letra grande	<input type="checkbox"/> Cinta de audio
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Otro
<b>Seccion II:</b>		
Esta presentando esta queja en su propio nombre?	<input type="checkbox"/> Si*	<input type="checkbox"/> No
<i>*Si respondio si" a esta pregunta, pase a la Seccion III.</i>		
De lo contrario, proporcione el nombre y la relacion de la persona por la que presenta la queja.		
Explique por que ha solicitado a un tercero:		
Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si presents la solicitud n nombre de un tercero.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<b>Seccion III:</b>		
Creo que la discriminacion que experimente se baso en (marque todo lo que corresponda):		
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Nacionalidad <input type="checkbox"/> Discapacidad
Fecha de la supuesta discriminacion (mes, dia, ano): _____		
Explique lo mas claramente posible lo que sucedio y por que cree que fue discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la informacion de contacto de la (s) persona (s) que lo discriminaron ( si se conocen), asi como los nombres y la informacion de contacto de los testigos. Si necesita mas espacio, utilice el reverse de este formulario.		
_____		
_____		
<b>Section IV:</b>		
Ha presentado previamente una queja por discriminacion ante esta agencia?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

En caso afirmativo, proporcione cualquier informacion de referencia con respect a su queja anterior.

**Seccion V:**

Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algun tribunal federal o estatal?

Si             No

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

Agencia Federal: \_\_\_\_\_

Tribunal federal: \_\_\_\_\_  Agencia estatal: \_\_\_\_\_

Tribunal estatal: \_\_\_\_\_  Agencia local: \_\_\_\_\_

Proporcione informacion sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se present la queja.

Nombre:

Titulo:

Agencia:

Habla a:

Telefono:

**Seccion VI:**

Nombre de la agencia que presenta la queja contra:

Nombre de la persona que presenta la queja:

Titulo:

Ubicacion:

Numero de telefono (si esta disponible)

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

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

Ciudad de Huntingburg Gerente de oficina

ADA/Coordinador del Título VI

508 E. Calle 4

CORREOS. Caja 10

Huntingburg, EN 47542

Correo electrónico: ADA@huntingburg-in.gov

Puede encontrar una copia de este formulario en línea <https://www.huntingburg-in.gov/>