



FORMULARIO DE QUEJA SOBRE LA DISCRIMINACION TITLE VI

Sección I:				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono (Casa):		Teléfono (Trabajo):		
Dirección de correo electrónico:				
Requiere algún formato específico?	Letra grande		Grabación	
	TDD		Otro	
Sección II:				
Está presentando esta queja siendo la persona dañada?		Sí *		No
*Si respondió que "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.				
Si respondió que "no", favor de proveer el nombre y relación que usted tiene con la persona que tiene la queja:				
Por favor, explique por qué usted está presentando esta queja para otra persona:				
Por favor, confirme que usted ha obtenido el permiso de la persona dañada.		Sí		No
Sección III:				
Yo creo que la discriminación que experimenté fue por (seleccione todas que aplican):				
<input type="checkbox"/> Mi raza <input type="checkbox"/> Mi color <input type="checkbox"/> Mi nacionalidad <input type="checkbox"/> Otra _____				
Fecha de la discriminación alegada (Mes, Día, Año):				
Explique de una manera muy clara de qué manera y por qué usted cree que ha sufrido la discriminación. Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre e información de contacto de la(s) persona(s) quien le discriminó a usted (si se sabe) y también los nombres e información de contacto de cualquier testigo(s). Si necesita más espacio, favor de utilizar el otro lado de esta hoja.				

Sección IV:				
Anteriormente, ha presentado una queja Title VI a esta agencia?	Sí		No	
Sección V:				
Ha presentado esta queja a alguna otra agencia o corte federal, estatal o local?	Sí		No	
Si respondió que "sí", seleccione todas que aplican: <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, provea la información de contacto del representante de la agencia o corte indicada.				
Nombre:		Agencia:		
Título:		Teléfono:		
Dirección:				
Sección VI:				
Nombre de la agencia que le discriminó:				
Representante:				
Título:				
Número de teléfono:				

Usted puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que se considera relevante a su queja.

Se requiere su firma y fecha abajo:

Firma

Fecha

Por favor, presente este formulario en persona en la dirección indicada abajo, o por correo, fax o correo electrónico a:
City of Redmond
Attn: ADA/Title VI Coordinator
411 SW 9th Street
Redmond, OR 97756
Fax: 541-548-5790
Email: Access@ci.redmond.or.us