

Formulario de queja por discriminación Título VI y ADA

Section I:		
Nombre:		
DIRECCIÓN:		
Teléfono (Casa):	Teléfono (Trabajo):	
Dirección de correo electrónico:		
¿Requisitos de formato accesible?	<input type="checkbox"/> Letra grande	<input type="checkbox"/> Cinta de audio
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Otra
Section II:		
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?	<input type="checkbox"/> Sí*	<input type="checkbox"/> No
<i>*Si respondió "sí" a esta pregunta, pase a la Sección III.</i>		
En caso contrario, proporcione el nombre y la relación de la persona por la que presenta la queja.		
Por favor explique por qué ha presentado la solicitud en nombre de un tercero:		
Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte afectada si está presentando la solicitud en nombre de un	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Section III:		
Creo que la discriminación que sufrí se basó en (marque todas las que correspondan):		
<input type="checkbox"/> Carrera	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Origen nacional <input type="checkbox"/> Discapacidad
Fecha de la presunta discriminación (mes, día, año): _____		
Explique con la mayor claridad posible qué sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que lo(s) discriminaron (si se conocen), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario.		

Section IV:		
¿Ha presentado anteriormente una queja por discriminación ante esta agencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

En caso afirmativo, proporcione cualquier información de referencia sobre su queja anterior.

Section 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 todas las que correspondan:

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:

Título:

Agencia:

DIRECCIÓN:

Teléfono:

Section VI:

Nombre de la agencia contra la que se presenta la queja:

Nombre de la persona contra la que se presenta la queja:

Título:

Ubicación:

Número de teléfono (si está disponible):

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja. A continuación se requiere su firma y fecha.:

Firma

Fecha

Por favor, envíe este formulario personalmente a la dirección que figura a continuación, o envíelo por correo a:

NORTHWEST TENNESSEE HUMAN RESOURCE AGENCY
EMILY PAYNE, DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS Y PROYECTOS ESPECIALES
P.O. BOX 963
MARTIN, TN 38237
731-587-4213 ext. 209
emily.payne@nwtd.org

Puede encontrar una copia de este formulario en línea en
https://nwtd.org/images/uploads/general-files/Discrimination_Complaint_Form_Spanish.pdf