|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Seccion I:** | | | | | | | | | | | |
| **Nombre:** | | | | | | | | | | | |
| **Direccion:** | | | | | | | | | | | |
| **Telefono(Casa):** | | | | **Telefono (Trabajo):** | | | | | | | |
| **Direccion de correo electronico**: | | | | | | | | | | | |
| Requisitos de formato accessible?? | Impreson grande | |  | | | **Cinta de audio** | | | | |  |
| TDD | |  | | | **Otro** | | | | |  |
| **Seccion II:** | | | | | | | | | | | |
| Esta presentando esta queja en su propio nombre?? | | | | | | | Si\* | | No | | |
| Si su respuesta es “si:a esta pregunta, vaya a la Seccion III. | | | | | | | | | | | |
| Si su repuesta es “no” a esta pregunta por favor ponga el nombre y la relacion de la persona a la que usted se queja. | | | | | | |  | | | | |
| Por favor, explique porque se ha declarado en un tercero: | | | | |  | | | | | | |
|  | |  |  | | |  | | | |  | |
| Por favor, confirme que ha obtenido la autorizacion de la parte perjudicada si esta presentando en nombre de un tercero. | | | | | | | Si | | | No | |
| **Seccion III:** | | | | | | | | | | | |
| Creo que la discriminacion que experimente fue basado en (marque todo lo que corresponda):  [ ] Rasa [ ] Color [ ] Origen nacional  Fecha de la discriminacion alegacia (mes, dia, ano): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Explicar lo mas claramente possible lo que paso y por que cren que fue dicriminado. Descubrir todas las personas que estuvieron involucradas. Incluir el nombre y la informacion de contenido la persona (s) que lo discriminao (si se conoce), asi come los nombres y la informacion de contacto de los testigos.Si se necesita mas espacio, por favor use el reverso de esta forma..  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| **Seccion IV** | | | | | | | | | | | |
| Ha presentado previarmente una queja del Titulo VI con esta agencia?? | | | | | | | S i | No | | | |
| **Seccion V** | | | | | | | | | | | |
| Ha presentado esta queja con cualquier otro federal, estatal or agencia local con cualquier tribunal federal o estatal??  [ ] Si [ ] No  Si marca “si” marque todas que aplican.:  [ ] Agencia Federal:  [ ] Corte Federal [ ] Agencia Estatal  [ ] Corte Estatal [ ] Agencia local | | | | | | | | | | | |
| Por favor proporcionar informacion sobre la persona de contacto en la agencia /tribunal donde se presenta la queja | | | | | | | | | | | |
| **Nombre:** | | | | | | | | | | | |
| **Titulo:** | | | | | | | | | | | |
| **Agencia:** | | | | | | | | | | | |
| **Direccion:** | | | | | | | | | | | |
| **Telefono** | | | | | | | | | | | |
| **Seccion VI** | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la agencia cual la queja se en contra: | | | | | | | | | | | |
| Persona de contacto: | | | | | | | | | | | |
| Titulo | | | | | | | | | | | |
| Numero de telefono: | | | | | | | | | | | |

Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra informacion que usted piensa que es relevante para su queja.

**Firma** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor envie esta formulario en persona en la direccion indicada mas abajo o envie este formulario.**

**Duval County, 400 E Gravis P O Box 189, San Diego, TX 78384**