|  |
| --- |
| **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 nacionalFecha 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 [ ] NoSi 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**