

Formulario de queja contra la discriminación

Sección I				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono particular:			Teléfono laboral:	
Correo electrónico:				
¿Requisitos Formato Accesibles?	Letras grandes		Cinta de Audio	
	TDD		Otro	
Sección II				
¿Presenta esta demanda por usted?			<input type="checkbox"/> Si*	<input type="checkbox"/> No
*Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III				
Si respondió "no", por favor indique el nombre y parentesco de la persona por la que presenta esta queja:	Nombre:			
	Relación:			
Favor de explicar el motivo por el que presenta la demanda por un tercero:				
Favor de confirmar que usted obtuvo el permiso de la persona agraviada para completar esta demanda en nombre de un tercero			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Sección III				
Creo que la discriminación que he sufrido se basó en (marcar todos los que correspondan):				
Titulo VI			Other Federal Non-Discrimination Statutes	
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Nacionalidad	<input type="checkbox"/> Genero	<input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad
Fecha de la supuesta discriminación (Mes, día, año):				

Explique tan claramente como le sea posible lo que sucedió y el motivo por el que usted cree que lo discriminaron. Describa todas las personas que hayan estado involucradas. Incluya el nombre e información de contacto de la(s) persona(s) que considere que lo han discriminado (si lo sabe) como también nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, por favor use otra hoja y adjúntela a este formulario.

Nombre de la agencia contra la cual se presenta la demanda:

Persona de contacto:

Cargo:

Teléfono:

Explicación:

Sección IV

Puede adjuntar todos los materiales escritos u otra información que usted considere importante para sustentar su demanda.

Al firmar abajo, usted reconoce que la información de esta demanda es verídica y de buena fe según su entender y conocimiento.

Firma y fecha a continuación:

Signature

Date

Favor de presentar este formulario en persona a la dirección a continuación, o envíelo por correo a: Consejo

Regional de Gobiernos de Denver

Coordinador de Título VI

1001 17th St., Suite 700

Denver, CO 80202

Phone: 303-455-1000