

IX. Formulario de queja del Título VI

Complete este formulario lo mejor que pueda. Si necesita traducción u otra asistencia, contacte Rachel Hamer, Administrative Services Manager, Town of Minden.

Nombre: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Cierre Zip: _____
 Teléfono Casa: _____ Trabajo: _____ Móvil: _____
 Email: _____

Base de la queja (marque todos los que correspondan):

de raza	color	origen nacional
---------	-------	-----------------

¿Quién te discriminó?

Nombre _____
Nombre de la organización: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Cierre Zip: _____
Teléfono: _____

¿Cómo fuiste discriminado? (Adjunte páginas adicionales si necesita más espacio)

[illegible]

¿Dónde ocurrió la discriminación?

¿Fechas y horas en que ocurrió la discriminación?

¿Hubo otros testigos de la discriminación?

Nombre	Organización / Título	Teléfono de trabajo	Teléfono de casa

¿Cómo le gustaría ver resuelta esta situación?

¿Ha presentado su queja, reclamo o demanda ante alguna otra agencia o tribunal?

Quien _____ Cuando _____

Estado (pendiente, resuelto, etc.) _____

Resultado, si se conoce _____

Número de queja, si se conoce _____

¿Tienes un abogado en este asunto?

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Cierre Zip _____

Firmado _____ **Fecha** _____