



THE CITY OF
MADRAS

TÍTULO VI FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

| | | | | |
|--|--------------|--|---------------------|----|
| Sección I: | | | | |
| Nombre: | | | | |
| Dirección: | | | | |
| Telefono (Domicilio): | | | Telefono (Trabajo): | |
| Correo Electronico: | | | | |
| Requisitos de formato accesibles? | Letra Grande | | Cintas de Audio | |
| | TDD | | Otro | |
| Sección II: | | | | |
| ¿Está presentando esta queja en su propio nombre? | | | Si* | No |
| *Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III. | | | | |
| Si respondió "no" a esta pregunta por favor proporcione el nombre y relación de la persona por la que se queja: | | | | |
| Por favor, explique por qué ha solicitado un tercero: | | | | |
| Confirme que ha obtenido el permiso de la persona perjudicada si está presentando una solicitud en nombre de un tercero. | | | Si | No |
| Sección III: | | | | |
| Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda): | | | | |
| <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional | | | | |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | | |
| Fecha de presunta discriminación (Mes, Día, Año): ___/___/___ | | | | |

Explique lo más claramente posible qué sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona(s) quien te discriminó (si se sabe) también nombres y información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario

Sección IV:

| | | | | |
|--|----|--|----|--|
| ¿Ha presentado previamente una queja de Título VI ante esta agencia? | Si | | No | |
|--|----|--|----|--|

Sección V:

| | | | | |
|---|----|--|----|--|
| ¿Ha presentado la queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o ante cualquier corte federal o estatal? | Si | | No | |
|---|----|--|----|--|

Si respondió si, marque todo lo que corresponda:

[] Agencia Federal: _____

[] Corte Federal: _____

[] Agencia del Estado: _____

[] Corte de Estado: _____

[] Agencia Federal: _____

Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.

| | |
|---------|----------|
| Nombre: | Agencia: |
|---------|----------|

| | |
|---------|-----------|
| Título: | Telefeno: |
|---------|-----------|

Dirección:

Sección VI:

Name of agency complaint is against:

Persona de Contacto:

Título:

Numero Telefonico:

Puede adjuntar cualquier material escrito o otra información que considere relevante para su queja.

Firma y fecha requerido

Firma

Fecha

Envíe este formulario en persona a la dirección que figura a continuación, o envíelo por correo a:

City of Madras
City Recorder
125 SW E Street
Madras, OR 97741