



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