|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección I:** | | | | | | | | | | | |
| **Nombre:** | | | | | | | | | | | |
| **Dirección:** | | | | | | | | | | | |
| **Teléfono:** | | | | **Teléfono Secundario:** | | | | | | | |
| Dirección de Correo Electrónico: | | | | | | | | | | | |
| ¿Requisitos de Formato Accesible? | Impresión Grande | |  | | | **Cinta de Audio** | | | | |  |
| TDD | |  | | | **Otros** | | | | |  |
| **Sección II:** | | | | | | | | | | | |
| ¿Está presentando esta queja en su propio nombre? | | | | | | | Sí\* | | No | | |
| \*sí usted contesto “Si”, vaya a la Sección III. | | | | | | | | | | | |
| Si no, sírvase proporcionar el nombre y l relación de la persona para la cual se está quejando: | | | | | | |  | | | | |
| Por favor, explique por qué han presentado para una tercera parte: | | | | |  | | | | | | |
|  | |  |  | | |  | | | |  | |
| Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada en el archivo en su nombre. | | | | | | | sí | | | No | |
| **Sección III:** | | | | | | | | | | | |
| Creo que la discriminación he experimentado fue basado en (marque todas las que correspondan):  [ ] Raza [ ] Color [ ] Origen Nacional [ ] Años  [ ] Discapacidad [ ] Situación familiar o religiosa [ ] Otro (explicar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha de supuesta discriminación (Mes, Día, Año): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Explica lo más claramente posible lo que ocurrió y por qué usted cree que son objeto discriminación. Describir todas las personas que han participado. Incluir el nombre y la información del contacto de la(s) persona(s) que discrimina contra usted (si se conoce), así como los nombres y la información del contacto de los testigos. Si se necesita más espacio, por favor adjunte hojas adicionales de papeles.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| **Sección IV** | | | | | | | | | | | |
| ¿Anteriormente ha presentado un Titulo VI denuncia con Woodhouse? | | | | | | | Si | No | | | |

|  |
| --- |
| **Sección V** |
| ¿Ha presentado esta queja con cualquier otro local, estate o federal, o con cualquier Federal o Estado?  [ ] sí [ ] No  Si la respuesta es” sí”, marque todo lo que aplique:  [ ] Agencia Federal:  [ ] Tribunal Federal [ ] Agencia Estatal  [ ] Tribunal Estatal [ ] Agencia Local |
| Proporcionan información acerca de una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la denuncia. |
| **Nombre:** |
| **Titulo:** |
| **Organización:** |
| **Dirección:** |
| **Teléfono:** |
| **Sección VI** |
| El nombre de la organización que la queja es contra: |
| Persona de Contacto: |
| Titulo: |
| Teléfono: |

Usted puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su reclamación.

Firma y fecha son necesarios para completar la forma siguiente:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Fecha

Por favor, envié este formulario en persona o por correo este formulario a la siguiente dirección:

Woodhouse Title VI Liaison

1001 NE 3rd Avenue

Pompano Beach, FL 33060