

Discrimination ADA/Title VI Complaint Form - Spanish

Formulario de reclamación de discriminación

La Seccion I:		
El Nombre:		
La Direccion:		
Teléfono (casa):	Teléfono (trabajo):	
Direccion de correo electrónico		
Requisitos de formato accesible?	<input type="checkbox"/> Impresión	<input type="checkbox"/> Cinta de audio
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Otro
La Seccion II:		
Está presentando esta queja en su propio nombre?	<input type="checkbox"/> Si*	<input type="checkbox"/> No
* Si contestó "sí" a esta pregunta, vaya a la sección III.		
Si no, por favor suministre el nombre y la relación		
Por favor explique por qué ha presentado una tercera parte:		
Por favor confirme que usted ha obtenido el permiso de la parte agraviada de si usted está presentando en nombre de una tercera persona	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
La Seccion III:		
Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todos los que apliquen):		
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Origen Nacional
		<input type="checkbox"/> Discapacidad
Fecha de presunta discriminación (mes, día, año):		
Explique lo más claramente posible lo que pasó y por qué cree que fue discriminado. Describir a todas las personas que participaron. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que discrimina contra usted (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, por favor use la parte posterior de este formulario.		
La Seccion VI:		

Ha presentado anteriormente una queja por discriminación con esta agencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	N
En caso afirmativo, proporcione cualquier información de referencia con respecto a su queja anterior.		
La Seccion V:		
Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o con cualquier agencia federal?		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:		
<input type="checkbox"/> Agencia Federal:		
<input type="checkbox"/> Corte federal: _____ <input type="checkbox"/> Agencia del estado:		
<input type="checkbox"/> Tribunal Estatal: _____ <input type="checkbox"/> Agencia local:		
Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde la queja fue archivado.		
Nombre:		
Título:		
Agencia:		
Dirección:		
Teléfono:		
La Seccion VI:		
El nombre de la queja de la agencia es contra:		
La queja del nombre de la persona es contra:		
Título:		
Ubicación:		
Número de teléfono (si está disponible):		

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su reclamo. Su firma y fecha son requeridas a continuación.

Firma

Fecha

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su reclamo. Su firma y fecha son requeridas a continuación:

Ciudad de Oro Valley, Coordinador del Título VI
11000 N La Cañada Dr, Oro Valley, Arizona Tucson, Arizona 85701
Aimee Ramsey, (520) 229-4874

Correo electrónico: aramsey@orovalleyaz.gov

Se puede encontrar una copia de este formulario en línea en:

<https://www.orovalleyaz.gov/Government/Departments/Public-Works/Ride-Options-and-Transportation-Information>