

Formulario de Queja por Discriminación Título VI y ADA

Sección I:		
Nombre:		
DIRECCIÓN:		
Teléfono (Domicilio):	Teléfono (Trabajo):	
Dirección de correo electrónico:		
¿Requisitos de formato accesible?	<input type="checkbox"/> letra grande	<input type="checkbox"/> Cinta de audio
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Otro
Sección II:		
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?	<input type="checkbox"/> Sí*	<input type="checkbox"/> No
<i>*Si respondió "sí" a esta pregunta, pase a la Sección III .</i>		
De lo contrario, proporcione el nombre y la relación de la persona por quien presenta la queja.		
Explique por qué ha presentado una solicitud en nombre de un tercero:		
Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si presenta la presentación en nombre de un tercero.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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"/> Discapacidad		
Fecha de la 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 las personas que lo discriminaron (si las conoce), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario.		

Sección IV:		
¿Ha presentado anteriormente una denuncia por discriminación ante esta agencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

En caso afirmativo, proporcione cualquier información de referencia sobre su queja anterior.

Sección V:

¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal?

sí No

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

Agencia Federal: _____

Tribunal Federal: _____ Agencia Estatal: _____

Tribunal Estatal: _____ Agencia Local: _____

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

Nombre:

Título:

Agencia:

DIRECCIÓN:

Teléfono:

Sección VI:

Nombre de la agencia la queja es contra:

Nombre de la persona que presenta la queja:

Título:

Ubicación:

Número de teléfono (si está disponible):

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja. Su firma y fecha se **requieren** a continuación:

Fecha de firma

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

LINN COUNTY

REAGAN MAUDLIN, SPECIAL/RURAL TRANSPORTATION TITLE VI COORDINATOR

EN PERSONA: 300 SW 4TH AVE. ALBANY, OR 97321 RM 201

Envíelo PO BOX 100 ALBANY, OR 97321

TELEPHONO: 541-409-4494

RMAUDLIN@CO.LINN.OR.US

Puede encontrar una copia de este formulario en línea en <https://www.linncountyor.gov/bc-tac>