

Formulario de Queja por Discriminacion

Seccion I:		
Nombre:		
Direccion:		
Telefono (Casa):	Telefono (Trabajo):	
Correo Electronico:		
¿ Requisitos de Formato Accessible?	<input type="checkbox"/> Impresion Grande	<input type="checkbox"/> Cinta de Audio
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Otro
Seccion II:		
¿ Est presentando esta queja en su propio nombre?	<input type="checkbox"/> Si*	<input type="checkbox"/> No
<i>*Se respondio "Si" a esta pregunta, vaya a la Section III.</i>		
De lo contrario, proporcione el nombre y la relacion de la persona por la que se queja.		
Expique por que ha solicitado un tercero:		
Confirme que ha obtenido el permiso de la parte perjudicada si está presentando una demanda en nombre de un tercero.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Seccion III:		
Creo que la discriminacion que experimente se baso 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 presunta discriminacion (Mes, Dia, Año): _____		
Explice con la mayor claridad possible 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) que lo discriminó (si lo concoe), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, utilice la parte de atrás de este formulario.		

Seccion VI:		
¿Ha presentado anteriormente una queja por discriminación con esta agencia ?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

En caso afirmativo, proporcione cualquier información de referencia con respect a su queja anterior.

Seccion V:

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

Si 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 in la agencia/tribunal donde se present la queja.

Nombre:

Titulo:

Agencia:

Direccion:

Telefono:

Seccion VI:

El nombre de la queja de la agencia está en contra:

La queja del nombre de la persona es contra:

Titulo:

Ubicacion:

Numero de Telefono (se esta 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 de firma

Envíe este formulario en persona a la dirección que se encuentra a continuación, o envíe este formulario por correo a:

City of Willcox
Mrs. Angel Lauve
300 W. Rex Allen Dr., Willcox, AZ 85643
(520) 507-0875
alauve@willcox.az.gov

Puede encontrar una copia de este formulario en linea en <https://willcox.az.gov/departments/transit>