



## Formulario de Queja Título VI Discriminación

<b>Sección 1</b>	
Nombre:	
Dirección:	
Teléfono (Casa):	
Dirección de Correo Electrónico:	
Requisitos formato accesible:	<input type="checkbox"/> Letra Grance <input type="checkbox"/> TDD <input type="checkbox"/> Audio Tape <input type="checkbox"/> Otros
Si es otro, por favor descríballo:	
<b>Sección 2</b>	
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
* Si su respuesta es "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección 3	
Si no es así, sírvase proporcionar el nombre y la relación de la persona para quien se queja:	
Por favor, explique por qué usted ha presentado para un tercero:	
Por favor, confirma que ha obtenido el permiso de la parte perjudicada, si usted está presentando en nombre de un tercero.	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

**Sección 3**

Creo que la discriminación que experimenté fue basado en (marque todo lo que corresponda):

Carrera             Color             Origen Nacional

Fecha de la Discriminación  
Presunta (mes, día, año):

Explique lo más claramente posible lo que pasó y por qué cree que fue discriminado. Describir todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que lo discriminó (si se conoce), así como los nombres y la información de los testigos en contacto. Si se necesita más espacio, por favor use la parte de atrás de este formulario.

**Sección 4**

¿Ha presentado previamente una queja del Título VI con esta agencia?

Si             No

**Sección 5**

¿Ha presentado previamente una queja del Título VI con esta agencia?

Si             No

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

Agencia Federal \_\_\_\_\_

Tribunal Federal \_\_\_\_\_

Agencia Estatal \_\_\_\_\_

Tribunal Estatal \_\_\_\_\_

Agencia Local \_\_\_\_\_

Sírvanse proporcionar información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la denuncia.	
Nombre:	
Título:	
Agencia:	
Dirección:	
Teléfono:	
<b>Sección 6</b>	
Nombre de la agencia de queja es en contra:	
Persona de contacto:	
Título:	
Teléfono:	

Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que usted piensa que es relevante para su queja. Firma y fecha requerida a continuación

---

Firma

Fecha

**Por favor, envíe este formulario en persona en la dirección indicada más abajo, o envíe este formulario a:**

Ann Cundy, Título VI Oficial de Cumplimiento  
 112 MacTanly Place, Staunton, Virginia 24401  
 Teléfono: 540-885-5174; Dirección de Correo Electrónico: ann@cspdc.org