

Formulario de Queja por Discriminación Conforme al Título VI

La Ciudad de Homestead está comprometida a garantizar que ninguna persona sea excluida de participar o se le sean negados los beneficios de sus servicios sobre la base de raza, color, origen nacional u discapacidad, conforme a lo dispuesto por el Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1964 y Americans with Disabilities Act (ADA). Las quejas conforme al Título VI deben ser presentadas dentro de los 180 días siguientes a la fecha de la supuesta discriminación.

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, por favor póngase en contacto con el Coordinador de Título VI llamando al 305-224-4777. El formulario completo deberá ser devuelto a la siguiente dirección: la Ciudad de Homestead, 551 SE 8 Street, Homestead, Florida 33030

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Correo Electrónico: _____

Persona(s) contra la(s) que se discriminó (si no se trata de la persona que presenta la queja):

Nombre: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Cuál de los siguientes casos describe mejor la razón de la presunta discriminación?

☐ Raza ☐ Color ☐ Origen Nacional ☐ Discapacidad (ADA) ☐ Otro ☐ Dominio limitado del inglés

Fecha del incidente: _____ Nombre/ID of individuos involucrados: _____

Por favor describa el presunto incidente discriminatorio. Proporcione los nombres y puestos de todos los empleados de la Ciudad que estuvieron involucrados, si están disponibles. Explique lo qué fue lo que sucedió y quién considera que fue responsable. Por favor use el reverso de este formulario si requiere espacio adicional. _____

¿Ha presentado usted una queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local?

Marque con un círculo) Si / No. Si la respuesta es "Si," indique a continuación la agencia o agencias y la información de contacto:

Agencia: _____ Nombre de Contacto: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma del Demandante: _____ Fecha: _____

Nombre del Demandante: _____ Fecha: _____

Revisado Por: _____ Fecha: _____