

Condado de Cattaraugus

Formulario de Queja de Discriminación

Sección 1

Nombre:	Teléfono #:
Dirección:	Correo electrónico:
Solicitud de formato accesible: <input type="checkbox"/> Impresión grande <input type="checkbox"/> Cinta de audio <input type="checkbox"/> Otro	

Sección 2

¿Está presentando esta queja en su propio nombre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	* En caso afirmativo, vaya a la Sección 3.
Si respondió No, por favor escriba el Nombre y la Relación de la persona por quien usted se está quejando:			
Por favor, explique por qué ha presentado un tercero:			
Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si está presentando en nombre de un tercero:			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Sección 3

Creo que la discriminación que experimenté se basó en (Marque todas las que apliquen y rellene):			
<input type="checkbox"/> Raza / Color o Etnia Por favor especifica:		<input type="checkbox"/> Origen Nacional Por favor especifica:	
<input type="checkbox"/> Años Fecha de nacimiento:		<input type="checkbox"/> Discapacidad Por favor especifica:	
<input type="checkbox"/> Sexo / Género Por favor especifica:		<input type="checkbox"/> Ingresos Por favor especifica:	
<input type="checkbox"/> Dominio del Inglés Por favor especifica:		<input type="checkbox"/> Represalias / Otros Por favor especifica:	

Fecha (s) / Hora (s) de Presunta Discriminación (Mes, Día, Año): _____

¿Quién supuestamente discriminó contra usted?

Nombre	Título (si procede)	Datos de contacto

Si una organización, ¿cuál es su nombre?

Nombre de la organización	Datos de contacto	Nombre del contacto

Condado de Cattaraugus

Formulario de Queja de Discriminación

Sección 3 Continuación

Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que discriminó (si se conoce). Puede escribir cualquier testigo y su información de contacto aquí o en la lista a continuación. Describa la ubicación de la supuesta discriminación. Si necesita más espacio, utilice la parte posterior de este formulario.

Por favor escriba cualquier testigo de la discriminación que se alega:

Nombre	Título	Datos de contacto

Sección 4

¿Ha presentado anteriormente una queja de Título VI con nosotros?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia o tribunal federal, estatal o local?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, sírvase enumerar, con información de contacto: _____	
¿Tiene un abogado en este asunto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, sírvase enumerar, con información de contacto: _____	
¿Cuál es la resolución que está buscando en este asunto? _____	

Usted puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.

Firma

Fecha

Por favor envíe este formulario en persona o por correo a la siguiente dirección:
 Coordinador de Derechos Civiles del Condado de Cattaraugus
 303 Court St.
 Little Valley, NY 14755
 (716) 938-2280