

## Tránsito del condado de Dooly

## Formulario de queja por discriminación

<b>Sección I:</b>			
<b>Nombre:</b>			
dirección:			
Teléfono (Casa):		Teléfono (Trabajo):	
Dirección de Correo Electrónico:			
Requisitos formato accesible?	Letra Grande		<b>Audio Tape</b>
	TDD		<b>Other</b>
<b>Sección II:</b>			
¿Está usted presentando esta queja en su propio nombre?		Si*	No
* Si usted contestó "sí" a esta pregunta, ve a la sección III.			
Si no es así, por favor proporcione el nombre y la relación de la persona a la que usted se queja:			
Por favor, explique por qué usted ha presentado por un tercero:			
Por favor, confirma que ha obtenido el permiso de la parte perjudicada, si usted está presentando en nombre de un tercero.		Si	No
<b>Sección III:</b>			
Creo que la discriminación que experimenté fue basado en (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Familia o Estado religioso <input type="checkbox"/> Otro (explicar) _____			
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 contacto con los testigos. Si se necesita más espacio, por favor use el reverso de este formulario. _____ _____			
<b>Sección IV:</b>			
¿Ha presentado anteriormente una queja del Título VI con esta agencia?		Si	No

<b>Sección V:</b>	
¿Ha presentado esta queja ante cualquier otro, estatal o agencia local Federal, o con cualquier tribunal federal o estatal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Agencia Federal: _____ <input type="checkbox"/> Tribunal Federa: _____ <input type="checkbox"/> Agencia Estatal: _____ <input type="checkbox"/> Tribunal Estatal: _____ <input type="checkbox"/> Agencia Local: _____	
Sírvanse proporcionar información acerca de una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.	
<b>Nombre:</b>	
<b>título:</b>	
<b>agencia:</b>	
dirección:	
Teléfono:	
<b>Sección VI:</b>	
Nombre de la agencia de queja es en contra:	
Persona de contacto:	
<b>título:</b>	
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:

Dooly County Title VI Liaison  
 113 North Third Street, Room #1  
 Vienna, GA 31092