

Condado de Cattaraugus

Formulario de Queja de Discriminación

Sección 1

Nombre:	Teléfono #:
Dirección:	Correo electrónico:
Solicitud de formato accesible: ☐ Impresión grande ☐ Cinta de audio ☐ Otro	

Sección 2

¿Está presentando esta queja en su propio nombre?	☐ Sí	☐ 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:			☐ Sí ☐ No

Sección 3

Creo que la discriminación que experimenté se basó en (Marque todas las que apliquen y rellene):	
☐ Raza / Color o Etnia Por favor especifica:	☐ Origen Nacional Por favor especifica:
☐ Años Fecha de nacimiento:	☐ Discapacidad Por favor especifica:
☐ Sexo / Género Por favor especifica:	☐ Ingresos Por favor especifica:
☐ Dominio del Inglés Por favor especifica:	☐ 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?

☐ Sí

☐ No

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

☐ Sí

☐ No

En caso afirmativo, sírvase enumerar, con información de contacto: _____

¿Tiene un abogado en este asunto?

☐ Sí

☐ 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