



Formulario de Quejas del Título VI

Instrucciones: Si usted desea presentar una queja del Título VI a la ciudad de Rock Hill por favor llene el formulario y envíelo a: El Coordinador de Título VI, PO Box 11706, Rock Hill, SC 29730-1706.

1. Nombre (Querellante):	2. Teléfono:	3. Domicilio (# de calle, ciudad, estado, código postal):
4. Si procede, el nombre de la(s) persona(s) que presuntamente le han discriminado.		
5. Ubicación y posición de la(s) persona(s), si se conoce:		6. Fecha del presuntamente incidente:
7. Discriminación Título VI por: <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color de piel <input type="checkbox"/> Origen nacional		

8. Explica breve y claramente de lo que pasó y cómo cree que fue discriminado. Indique quién estuvo involucrado. Asegúrese de incluir cómo se siente que otras personas fueron tratadas de manera diferente a usted. También adjunte cualquier material escrito relacionado con su caso:

9. ¿Qué otra(s) medida(s) haya tomado para tratar de resolver esta queja? ¿Qué ha resultado de su(s) intento(s) para resolver esta queja?

10. ¿Qué remedio estás buscando para la presuntamente discriminación?

11. ¿Haya presentado esta queja contra esta agencia anteriormente? En caso afirmativo, ¿cuándo y con quién se la hayas presentado?

12. ¿Haya presentado esta queja contra esta agencia anteriormente? En caso afirmativo, ¿cuándo y con quién se la hayas presentado? Por favor, de una breve descripción de cada queja. ¿Qué es el estatus de cada una queja?

Nombre:

Fecha:

Dirección:

Número de Teléfono:

13. ¿Haya presentado esta queja con alguna otra agencia federal, estatal o local, o con cualquier corte federal o estatal? Por favor, de una breve descripción de cada queja.

Nombre:

Agencia o Corte:

Dirección:

Número de Teléfono:

14. ¿Estás representado por un abogado con respecto con este asunto y todo relacionado?

Nombre:

Agencia:

Dirección:

Número de Teléfono:

15. Por favor, indique a continuación la(s) persona(s) que nos podemos poner en contacto para obtener más información que apoya o aclara su queja (testigos, compañeros de trabajo, supervisores, otros):

Nombre:

Título de trabajo:

Dirección:

Número de Teléfono:

17. Por favor firme abajo. Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que considere relevante para su queja. No podemos aceptar su queja hasta que se haya firmado.

Firma:

Fecha: