



FORMULARIO DE QUEJA TITULO VI CIUDAD DE HOUSTON

Envíe o entregue los formularios a:
Attention Donald J. Fleming
Section Chief-Labor Employment & Civil Rights
Office of the City Attorney
P.O. Box 368
Houston, TX 77001

SECCION I				
Nombre		Dirección		
Ciudad		Estado	Código Postal	
Correo Electrónico		No. de Teléfono	No. de Teléfono Alterno	
¿Requisitos de formato accesible?		Letra grande	Cinta audio	
		DTS	Otro	

SECCION II				
¿Está llenando este formulario por parte suya?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
<i>Si su respuesta es "SI", dirijase a la Sección III.</i>				
<i>Si su respuesta es "NO", favor de proporcionar el nombre y relación con la persona por quien está presentando la queja:</i>				
Favor de explicar por qué razón está presentando la queja por un tercero:				
Confirme que ha obtenido permiso de la parte agraviada para presentar la queja por el/ella:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

SECCION III				
Creo que se me discriminó basado en (marque todas las que aplican):	Raza	<input type="checkbox"/>	Color	<input type="checkbox"/>
	Origen Nacional	<input type="checkbox"/>		
Fecha de la supuesta discriminación (mes, día, año):				
Explique de la manera más clara posible lo que sucedió y por qué cree que se discriminó en su contra. Describa a todas las personas quienes estuvieron involucradas. Incluya el(los) nombre(s) e información de contacto de la(s) persona(s) que le discriminó (discriminaron) (si los sabe), al igual que el (los) nombre(s) e información de contacto de cualquier testigo(s). Use el dorso de este formulario si necesita más espacio:				

SECCION IV				
¿ Previamente ha presentado una queja del Título VI con esta agencia?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

SECCION V				
¿Ha presentado esta queja ante otra agencia federal, estatal o local, o ante una corte estatal?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
<i>Si su respuesta es "SI", marque todas las que aplican:</i>				
Agencia Federal	<input type="checkbox"/>	Agencia Estatal	<input type="checkbox"/>	Agencia Local
			<input type="checkbox"/>	Corte Federal
				<input type="checkbox"/>
				Corte Estatal
				<input type="checkbox"/>
Favor de proporcionar la información de contacto de la persona en la agencia o corte en donde se presentó la queja:				
Nombre		Puesto		
Agencia		No. de Teléfono		
Dirección				

SECCION VI			
Proporcione el nombre de la agencia de la cual está presentando queja:			
Agencia		No. de Teléfono	
Nombre del Contacto		Puesto	

Puede adjuntar material por escrito u otra información que piense es relevante a su queja.
Se requiere una firma y la fecha abajo.

Firma

Fecha