

Condado de St. Johns  
Formulario de Quejas de Discriminación

<b>Sección 1:</b>				
<b>Nombre:</b>				
<b>Dirección</b>				
<b>Teléfono (Casa):</b>			<b>Teléfono (Trabajo):</b>	
<b>Dirección de correo electrónico:</b>				
Requisitos de formato accesible?	ampliación de foto		Cinta de audio	
	TDD		Otro	
<b>Sección II:</b>				
Está presentando esta queja en su propio nombre?			Si*	No
*Si su respuesta es "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.				
Si su repuesta es "no" a esta pregunta, por favor ponga el nombre y la relación de la persona a la que usted se queja:				
Por favor, explique porqué se ha declarado en un tercero:				
Por favor, confirma que ha obtenido la autorización de la parte perjudicada si 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"/> Años	
<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Condición Religiosa o Familiar	<input type="checkbox"/> Otros (explicar) _____		
Fecha de la discriminación alegada (mes, día, año): _____				
Explicar lo más claramente posible lo que pasó y por qué cree que fue discriminado. Describir todas las personas que estuvieron involucradas. Incluir 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 de los testigos. Si se necesita más espacio, por favor use el reverso de esta forma.				
_____				
_____				
<b>Sección IV</b>				
Ha presentado previamente una queja del Título VI con esta agencia?			Si	No

<b>Sección V</b>	
Ha presentado esta queja con cualquier otro federal, estatal o agencia local, o con cualquier tribunal federal o estatal?	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, marque lo que corresponda:	
<input type="checkbox"/> Agencia Federal: _____	
<input type="checkbox"/> Corte Federal: _____	<input type="checkbox"/> Corte Estatal: _____
<input type="checkbox"/> Corte Estatal: _____	<input type="checkbox"/> Agencia Local: _____
Por favor proporcionar información sobre la 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 cual la queja es en contra:	
Persona de Contacto:	
Título:	
Número de 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.

Katie Diaz  
 Condado de St. Johns  
 Coordinador del Título VI/ADA  
 500 San Sebastián , Habitación 005A  
 St. Augustine. FL 32084

Or  
 Oficina de Derechos Civiles  
 Administración de Tránsito Federal  
 1200 New Jersey Ave., SE  
 Washington, D.C. 20590

Or

Rebecca Yanni  
 Director Ejecutivo  
 Consejo del Condado de St. Johns sobre el Envejecimiento  
 180 San Marino  
 St. Augustine, FL 32084