

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

