

Clarksville, Comisión de Planificación Regional del Condado de Montgomery (CMCRPC)

329 MAIN STREET
CLARKSVILLE, TN 37040
PHONE: (931)645-7448

FORMULARIO DE QUEJA CMCRPC - TITLE VI:

Sección I:				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono (Hogar):			Teléfono (Trabajo):	
Dirección de correo electrónico:				
Formato accesible	Letra grande		Cinta de audio	
Requisitos?	TDD		Otro	
Sección II:				
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?			SI*	NO
* Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.				
Si no es así, proporcione el nombre y la relación de la persona por la que se queja.				
Sección III.				

Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda):

Raza Color Origen Nacional Sexo

Fecha de presunta discriminación (mes, día, año): _____

Incluya la fecha más temprana de discriminación y la fecha más reciente de discriminación.

¿Cómo te discriminaron? Describa la naturaleza de la acción, decisión o condiciones de la supuesta discriminación. Explique lo más claramente posible qué sucedió y por qué cree que su estado de protección fue un factor en la discriminación. (Adjunte páginas adicionales si es necesario)

Describe a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de las personas que lo discriminaron (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario.

La ley prohíbe la intimidación o la represalia contra cualquier persona porque él o ella ha tomado medidas, o ha participado en acciones, para garantizar los derechos protegidos por estas leyes. Si considera que ha recibido represalias por separado de la discriminación que se alega anteriormente, explique las circunstancias. Indique qué acción tomó y cuál cree que fue la causa de la supuesta represalia. (Adjunte páginas adicionales si es necesario)

Nombre de los individuos, agencia o departamento responsable de la (s) acción (es) discriminatoria (es):

	NOMBRE:	DIRECCIÓN:	TELÉFONO:
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____

Nombres de personas / testigos u otras personas con quienes podamos comunicarnos para obtener información adicional para respaldar o aclarar su queja. (Adjunte páginas adicionales si es necesario)

	NOMBRE:	DIRECCIÓN:	TELÉFONO:
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____

4.

Por favor, proporcione cualquier información adicional y / o fotografías, si corresponde, que considere que ayudarán en la investigación. (Adjunte páginas adicionales si es necesario)

Fotografías enviadas con queja? Si No

Sección IV:

¿Ha presentado anteriormente una queja del Título VI con esta agencia? SI NO

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

Si No

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

Agencia Federal: _____ Tribunal Federal: _____

Agencia Estatal: _____ Corte Estatal: _____

Agencia Local: _____

Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia / corte donde se presentó la queja.

Nombre:

Título:

Agencia:

Dirección:

Teléfono:

Sección V:

¿Tiene usted un abogado para este asunto? Si No

En caso afirmativo, proporcione la información de contacto del abogado.

Nombre de la firma de abogados:

Nombre del Abogado Representante:

Dirección de envío:

Número de teléfono:

Explique brevemente qué remedio o acción está buscando por la supuesta discriminación.

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.

Firma y fecha requerida a continuación:

Firma

Fecha

Envíe este formulario en persona a la dirección que figura a continuación o envíe este formulario a:

CMCRPC Título VI Coordinador
329 Main Street
Clarksville, TN 37040