

DISCRIMINATION COMPLAINT FORM IN SPANISH

Por favor, provea la siguiente informacion con el fin de procesar su queja. La ayuda esta disponible bajo peticion. Complete este formulario y envfelo por correo o entregar a:

Cumberland Plateau Planning District Commission, Title VI Coordinator, P.O. Box 548, 224 Clydesway Drive, Lebanon, VA 24266

Puede llegar a nuestra oficina de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm al (276) 889-1778, o puede enviar el Cumberland Plateau Planning District Commission, Title VI Coordinator, P.O. Box 548, 224 Clydesway Road, Lebanon, VA 24266 Coordinador del Tftulo VI a judyharris@bvuv.net.

Nombre del querellante: : _

Direccion: :

Ciudad:

Estado:

Codigo postal:

Telefono (Casa): :

(Negocios): :

Direccion de correo electronico: :__

Persona de discriminacion (si no es demandante):

Nombre: : _

Direccion: :

Ciudad:

Estado:

Codigo postal:

Telefono: :

El nombre y la direccion de la agenda, institucion o departamento que usted cree que discrimino en su contra.

Nombre: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Codigo postal: _____

Fecha del incidente que resulta en la discriminacion:

Describa como fue discriminado. <LQue paso y quien fue el responsable? Si se necesita espacio adicional, por favor, o bien utilizar el reverso del formulario o adjuntar hojas adicionales a la forma.

Esta denuncia implica a un individuo especifico (s) asociado con el CVMPO? En caso afirmativo, indique el nombre (s) de la persona (s), si se conoce.

<LD6nde se llevara a cabo el incidente?

<LHay testigos? Si es asf, por favor proporcione su informacion de contacto:

Nombre: : _____

Direccion: :

Ciudad: _____ Estado: _____

Codigo postal:

Telefono: :

Nombre: : _____

Direccion: :

Ciudad: _____ Estado: _____

Codigo postal:

Telefono: :

dPresento esta queja con otra agencia federal, estatal o local, o ante un tribunal federal o estatal?

Si

Not

Si la respuesta es S(, marque cada queja se presento ante la agencia:

Agencia Federal para el

Tribunal Federal

Agencia Estatal de

Corte del Estado de

Agencia Local

Otro

Sfrvanse proporcionar informacion la persona de contacto para la agencia tambien se presento la queja con:

Nombre: : _____

Direccion: :

Ciudad: _____ Estado: _____

Codigo postal:

Fecha de presentacion: : _____

Firme la queja en el espacio de abajo. Adjunte cualquier documento que considere apropiado para respaldar su queja.

Firma del Demandante Fecha Firma

Solo para uso interno: _____

Entrar #: _____