

Formulario de Queja por Discriminación de la ADA/Título VI

Nota: La siguiente información es necesaria para ayudar a procesar su queja.

Formulario de Queja por Discriminación ADA/Título VI

Información del demandante:

Nombre:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Cremallera:

Teléfono de la casa:

Teléfono alternativo:

Persona discriminada (alguien que no sea el denunciante):

Nombre:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Cremallera:

Teléfono de la casa:

Teléfono alternativo:

Raza

Color

Origen Nacional

Discapacidad

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la razón por la que cree que tuvo lugar la discriminación? Por favor, sea específico marcando una casilla.

¿En qué fecha(s) tuvo lugar la presunta discriminación?

¿Dónde tuvo lugar la presunta discriminación?

¿Cuál es el nombre y el cargo de la(s) persona(s) que usted cree que lo discriminó (si lo conoce)?

<p>Describa la presunta discriminación. Explique lo que sucedió y quién cree que fue el responsable. (Si se necesita espacio adicional, agregue una hoja de papel).</p>		
<p>Enumere los nombres y la información de contacto de las personas que puedan tener conocimiento de la presunta discriminación.</p> <p><input type="checkbox"/> Agencia Federal <input type="checkbox"/> Tribunal Federal <input type="checkbox"/> Agencia Estatal <input type="checkbox"/> Tribunal Estatal <input type="checkbox"/> Agencia Local</p>		
<p>Si ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal, marque todo lo que corresponda.</p>		
<p>Nombre:</p>		
Dirección:	Ciudad:	Estado:
Cremallera:	Teléfono de la casa:	
Teléfono alternativo:		
Firma del denunciante:	Fecha:	

Envíe el formulario y cualquier información adicional a:

Christy Henley, Coordinadora del Título VI
 Distrito de Desarrollo del Área de Compra (PADD)
 1002 Campaña Médica
 Mayfield, Kentucky 42066
 270-251-6144
 270-251-6110 (Fax)
christy.henley@purchaseadd.org