

Comisión Regional del sudoeste Georgia

Título VI denuncia forma

Sección I:				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono (Casa):			Teléfono (Trabajo):	
Dirección de Correo Electrónico:				
¿Requisitos de formato accesible?	Impresión de gran tamaño		Cinta de Audio	
	TDD		Otros	
Sección II:				
¿Usted está presentando esta queja en su nombre?			Si*	No
* Si usted respondió "Sí" a esta pregunta, ir a la sección III.				
Si no, por favor suministrar el nombre y la relación de la persona a quien usted se queja:				
Explique por qué ha presentado por un tercero: _____				
Por favor confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si radicara en nombre de un tercero.			Si	No
Sección III:				
Creo que he experimentado la discriminación se basaba en (marque todas las que apliquen):				
<input type="checkbox"/> Carrera <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional				
Fecha de la supuesta discriminación (mes, día, año): _____				
Explicar lo más claramente posible lo que pasó y por qué usted cree que fueron discriminados. Describir a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluir el nombre e información de contacto de la persona que discriminó (si lo conoce) así como nombres e información de contacto de testigos. Si se necesita más espacio, utilice el dorso de este formulario.				

Sección IV				
¿Anteriormente ha presentado una queja del título VI con esta agencia?			Si	No

Sección V	
¿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
Si es así, compruebe todas las que apliquen:	
<input type="checkbox"/> Agencia Federal para el _____	
<input type="checkbox"/> Tribunal Federal _____	<input type="checkbox"/> La Agencia Estatal _____
<input type="checkbox"/> Estado de corte _____	<input type="checkbox"/> Agencia Local _____
Sírvanse proporcionar información sobre una persona de contacto en la Agencia/corte donde se presentó la queja.	
Nombre:	
Título:	
Agencia:	
Dirección:	
Teléfono:	
Sección VI	
Nombre de denuncia de la agencia es contra:	
Persona de contacto:	
Título:	
Teléfono:	

Usted puede conectar cualquier material escrito u otra información que crees que es pertinente a su queja.

Firma y fecha especificadas a continuación:

Firma Fecha

Por favor, envíe este formulario en persona en la siguiente dirección, o envíe por correo este formulario para:

Southwest Georgia Regional Comisión título VI Enlace
PO Box 346
Camilla, GA 31730