

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 abeavers@cphpdc.org.

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?

O Si

O Not

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

O Agencia Federal para el

O Tribunal Federal

O Agencia Estatal de

O Corte del Estado de

O Agencia Local

O 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 #: _____