



FORMULARIO DE QUEJA DEL TÍTULO VI

Instrucciones: Envíe por correo o correo electrónico el formulario completo al Distrito de Desarrollo del Área de

Dirección:

Distrito de Desarrollo del Área de Lincoln Trail
750 S. Provident Way
Elizabethtown, KY 42701
A la atención de: Coordinador del Título VI

Correo electrónico:

TitleVIcoordinator@ltadd.org

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

NOMBRE	MI	APELLIDO	TELÉFONO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
DIRECCIÓN POSTAL (calle)			CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL	ESTADO

SECCIÓN 2: DETALLES DE LA QUEJA

Sírvase indicar el fundamento de su reclamación:

- Raza Color
 Origen Nacional Sexo

Indíquese la fecha y el lugar de las presuntas acciones discriminatorias. 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 lo que sucedió y por qué cree que su estado protegido (base) fue un factor en la discriminación. Incluya cómo otras personas fueron tratadas de manera diferente a usted. *(Adjunte páginas adicionales si es necesario).*

La ley prohíbe la intimidación o las represalias contra cualquier persona porque haya tomado medidas, o haya participado en ellas, para garantizar los derechos protegidos por estas leyes. Si cree que se han tomado represalias contra usted, aparte de la discriminación alegada anteriormente, explique las circunstancias. Diga qué acción tomó que cree que fue la causa de la supuesta represalia. *(Adjunte páginas adicionales si es necesario).*

Nombres de las personas, agencias o departamentos responsables de las acciones discriminatorias:

	<u>Nombre:</u>	<u>Dirección:</u>	<u>Teléfono:</u>
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____



FORMULARIO DE QUEJA DEL TÍTULO VI

Nombres de personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros) con quienes podemos comunicarnos para obtener información adicional que respalde o aclare su queja: *(Adjunte páginas adicionales si es necesario).*

	<u>Nombre:</u>	<u>Dirección:</u>	<u>Teléfono:</u>
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____

Proporcione cualquier información adicional y/o fotografías, si corresponde, que crea que ayudarán con una investigación. *(Adjunte páginas adicionales si es necesario.)*

¿Fotografías presentadas con queja? Sí No

SECCIÓN 3: ACCIONES

¿Ha discutido la queja con algún representante de LTADD? Sí No

En caso afirmativo, proporcione el nombre, el cargo y la fecha de la discusión a continuación.

Nombre del representante de LTADD	Cargo de Representante	Fecha de discusión

¿Tiene un abogado para este asunto? Sí No *En caso afirmativo, proporcione la información de contacto del abogado a continuación.*

Nombre del bufete de abogados	Nombre del abogado representante
Dirección postal	Teléfono

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

No podemos aceptar una queja sin firmar. Por favor, firme y feche el formulario de queja a continuación.

Firma del demandante	Fecha
----------------------	-------

SOLO PARA USO EN OFICINA

Fecha en que se recibió la queja: _____	Caso #: _____
Procesado por: _____	Fecha de procesamiento: _____