

Ciudad de Greenacres (CITY)

Formulario de queja de discriminación por el Título VI

La Ciudad de Greenacres (CITY), como recipiente de ayuda financiera federal, es requerida a asegurar que el servicio de transporte público y sus servicios relacionados son distribuidos de una manera consistente con el Título VI del Acta de Derechos Civiles del 1964, con sus enmiendas.

Si usted cree que, individualmente o como parte de una clase específica de personas, ha sido discriminado bajo el Título VI, basado en su raza, color, nacionalidad, sexo, religión, edad, incapacidad o estatus familiar puede presentar una queja por escrito a la Ciudad (CITY).

Le pedimos la siguiente información para poder tramitar su queja. Si necesita ayuda para llenar este formulario, póngase en contacto con el CITY.

1. Reclamante

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, _____
código postal: _____

Nº de teléfono: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

2. Persona que fue discriminada, si no es la misma que el

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, _____
código postal: _____

Nº de teléfono _____ Trabajo: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

3. ¿Tiene usted representación de un(a) abogado(a) con relación al asunto de su queja?

Sí

No

Si tiene abogado(a), provea la siguiente información:

Nombre del abogado(a): _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, _____
código postal: _____

Nº de teléfono: _____

4. Según lo que cree usted, ¿en qué se basaron esas acciones discriminatorias?

Raza

Color

Nacionalidad

Sexo

Incapacidad

Sexo

Religión

Estatus Familiar

5. Fecha de la supuesta discriminación: _____

6. Por favor describa abajo el supuesto acto de discriminación. Explique lo más claro posible lo que pasó y quien usted piensa es el responsable por el supuesto acto.

7. ¿Ha presentado usted (o la persona que fue discriminada) la queja ante una agencia del gobierno federal, estatal o local? ¿O ante la corte estatal o federal?

Sí

No

Si es así, indique a qué agencia, departamento o programa fue presentada la queja. Incluya todos los que apliquen:

Federal La corte federal

Estatad La corte estadad

Local

¿Ante qué agencia usted presentó la queja?

Nombre: _____

Nombre del investigador o representante: _____

Por favor, firme el formulario. Adjunte cualquier información adicional usted cree que es pertinente con su queja.

Firma del reclamante Fecha

Entregue el formulario con su firma y páginas adicionales a:

Human Resources Director/ Title VI & ADA Officer
City of Greenacres
5800 Melaleuca Lane
Greenacres, FL 33463
Telephone: 561-642-2001
Fax: 561-642-2027

Deaf, Hard of Hearing, Deaf/Blind, or Speech Impaired (English, Spanish, or French Creole): Please contact the CITY by calling toll-free to the Florida Relay Service, 7-1-1