



Título VI

Formulario de reclamo por discriminación de no empleados

Nombre del demandante _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código _____

Número (s) de teléfono: _____ Correo Electrónico _____

Persona que supuestamente fue discriminada (si no es demandante):

Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código _____

Número (s) de teléfono: _____ Correo Electrónico _____

Identifique la(s) clasificación(es) protegida(s) en las que se basa la supuesta discriminación:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Raza _____ | <input type="checkbox"/> Color _____ |
| <input type="checkbox"/> Credo _____ | <input type="checkbox"/> Origen natal _____ |
| <input type="checkbox"/> Sexo _____ | <input type="checkbox"/> Dominio limitado del inglés (LEP) _____ |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad _____ | <input type="checkbox"/> Fuente de ingresos _____ |
| <input type="checkbox"/> Edad _____ | <input type="checkbox"/> Género Identidad/Expresión _____ |
| <input type="checkbox"/> Estado Civil _____ | <input type="checkbox"/> Orientación Sexual _____ |
| <input type="checkbox"/> Represalias _____ | |

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

¿Dónde tuvo lugar la presunta discriminación? _____

Describa la supuesta discriminación. ¿Qué sucedió y quién (nombre y título, si se sabe) cree que fue responsable? (Si necesita más espacio, adjunte documentos adicionales):



Título VI

¿Ha presentado su queja ante otra agencia federal, estatal o local, o ante un tribunal federal o estatal?

Sí No

Si la respuesta es afirmativa, marque todas las que correspondan e incluya la información de la queja presentada:

Agencia Federal _____ Corte Federal _____

Agencia Estatal _____ Corte Estatal _____

Otras _____

Información de la queja: _____

Si tiene un abogado en este asunto, proporcione la siguiente información de contacto:

Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código _____

Número de teléfono _____ Correo Electrónico _____

Firme esta queja en el espacio abajo. Puede agregar documentos adicionales o materiales que considere que respaldan su queja.

Firma _____ Fecha: _____

Firma del demandante

Envíe a: Rose M. Nichols

Coordinadora de no Discriminación del Título VI
Departamento de Recursos Humanos de la Ciudad de Rochester
30 Church Street, 103A
Rochester, Nueva York 14614
Teléfono: (585) 428-6509



Título VI

NOTA: Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos de la Ciudad de Rochester por teléfono al (585) 428-6509 o en persona en el Ayuntamiento, Cuarto 103A, 30 Church Street, Rochester, NY 14614 durante las horas normales de oficina de lunes a viernes, de 9:00 am a 5:00 pm.