



Title VI Complaint Form

Section I:			
Name:			
Address:			
Telephone (Home):		Telephone (Work):	
Electronic Mail Address:			
Accessible Format Requirements?	Large Print		Audio Tape
	TDD		Other
Section II:			
Are you filing this complaint on your own behalf?		Yes*	No
*If you answered "yes" to this question, go to Section III.			
If not, please supply the name and relationship of the person for whom you are complaining:			
Please explain why you have filed for a third party: _____			
Please confirm that you have obtained the permission of the aggrieved party if you are filing on behalf of a third party.		Yes	No
Section III:			
I believe the discrimination I experienced was based on (check all that apply):			
<input type="checkbox"/> Race <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> National Origin <input type="checkbox"/> Age <input type="checkbox"/> Disability <input type="checkbox"/> Family or Religious Status <input type="checkbox"/> Other (explain)			
Date of Alleged Discrimination (Month, Day, Year): _____			
Explain as clearly as possible what happened and why you believe you were discriminated against. Describe all persons who were involved. Include the name and contact information of the person(s) who discriminated against you (if known) as well as names and contact information of any witnesses. If more space is needed, please use the back of this form.			

Section IV			
Have you previously filed a Title VI complaint with this agency?		Yes	No



Section V
Have you filed this complaint with any other Federal, State, or local agency, or with any Federal or State court? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, check all that apply: <input type="checkbox"/> Federal Agency: _____ <input type="checkbox"/> Federal Court _____ <input type="checkbox"/> State Agency _____ <input type="checkbox"/> State Court _____ <input type="checkbox"/> Local Agency _____
Please provide information about a contact person at the agency/court where the complaint was filed.
Name: _____
Title: _____
Agency: _____
Address: _____
Telephone: _____
Section VI
Name of agency complaint is against: _____
Contact person: _____
Title: _____
Telephone number: _____

You may attach any written materials or other information that you think is relevant to your complaint.
Signature and date required below

Signature

Date

Please submit this form in person at the address below, or mail this form to:
Anyely Batista
75 East 6th Street
Hialeah, FL 33010



Title VI Formulario de Queja

Sección I:			
Nombre:			
Dirección:			
Teléfono (Casa):		Teléfono (Trabajo):	
Dirección de correo electrónico:			
¿Requisitos de formato accesible?	Letra Grande		Cinta de Audio
	TDD		Otro
Section II:			
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?		Si*	No
* Si respondió "sí" a esta pregunta, pase a la Sección III.			
De lo contrario, proporcione el nombre y el parentesco de la persona por la que se queja:			
Explique por qué ha presentado una solicitud a nombre de un tercero:			
Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si presenta la solicitud en nombre de un tercero		Si	No
Sección III:			
Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda):			
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Estado familiar o religioso <input type="checkbox"/> Otro (explique)			
Fecha de la presunta discriminación (Mes, Día, Año): _____ Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de las personas que lo discriminaron (si se conocen), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario. _____			
Sección IV			
¿Ha presentado anteriormente una queja de Título VI con esta agencia?		Si	No



Sección V
¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante un tribunal federal o estatal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda::
<input type="checkbox"/> Agencia Federal: _____
<input type="checkbox"/> Tribunal Federal _____ <input type="checkbox"/> Agencia estatal _____
<input type="checkbox"/> Tribunal Estatal _____ <input type="checkbox"/> Agencia local _____
Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.
Nombre:
Título:
Agencia:
Dirección:
Teléfono
Sección VI
Nombre de la agencia que presenta la queja en contra:
Persona de contacto:
Título:
Numero de teléfono:

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.

Firma y fecha requerida a continuación

Firma Fecha

Envíe este formulario en persona a la dirección que figura a continuación, o envíe este formulario por correo a:

Anyely Batista
75 East 6th Street
Hialeah, FL 33010