

## **Formulario de queja del Título VI de la Ciudad de Klamath Falls**

Información del demandante:	<b>Persona Discriminada contra</b> (si alguien que no sea el denunciante):						
Nombre	Nombre						
Dirección	Dirección						
Ciudad/Estado/Código Postal	Ciudad/Estado/Código Postal						
Número de teléfono	Número de teléfono						
¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la razón por la que cree que tuvo lugar la discriminación? Raza/Color: <input type="checkbox"/> Origen Nacional: <input type="checkbox"/> Sexo: <input type="checkbox"/> Discapacidad: <input type="checkbox"/> Edad: <input type="checkbox"/> Ingresos: <input type="checkbox"/>							
¿En qué fecha tuvo lugar la supuesta discriminación?							
Describa la supuesta discriminación. Explique lo que sucedió y quién cree que fue responsable (si se necesita espacio adicional, agregue una hoja de papel).							
Enumere los nombres y la información de contacto de las personas que puedan tener conocimiento de la supuesta discriminación.							
¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal? Poner círculo de todo lo que corresponda.							
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Agencia federal</td> <td style="text-align: center;">Agencia estatal</td> <td style="text-align: center;">Agencia local</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Tribunal Federal</td> <td style="text-align: center;">Tribunal del Estado</td> <td></td> </tr> </table>		Agencia federal	Agencia estatal	Agencia local	Tribunal Federal	Tribunal del Estado	
Agencia federal	Agencia estatal	Agencia local					
Tribunal Federal	Tribunal del Estado						
Proporcione información de contacto para la agencia/tribunal donde se presentó la queja.							
Nombre	Número de teléfono						
Dirección	Ciudad/Estado/Código Postal						

Por favor, firme abajo. Usted puede adjuntar cualquier otra información que considere relevante para su queja.

\_\_\_\_\_

Firma

Fecha

\_\_\_\_\_