

CIUDAD DE YORKTOWN

FORMULARIO DE DENUNCIA DE DISCRIMINACIÓN

La ciudad de Yorktown está comprometida con una política de no discriminación para garantizar el cumplimiento con el título VI de la ley de derechos civiles de 1964 y posteriores leyes y órdenes ejecutivas que ninguna persona quedará excluidas de participar en, ser negadas los beneficios de o ser objeto de discriminación ilegal durante su participación en los servicios públicos, programas ni las actividades de la ciudad de Yorktown. La ciudad ha desarrollado esta forma para facilitar el trámite de las quejas del título VI, así como cualquier otra discriminación quejas, sin embargo completar este formulario no es necesario; una carta que proporciona la misma información puede presentarse a presentar su queja. Llenado, firmados y fechados formularios deben enviarse a:

Town Attorney

Town of Yorktown

363 Underhill Avenue

Yorktown Heights, NY 10598

Nota: Para proteger sus derechos, su queja debe ser presentada dentro de 180 días siguientes a la fecha de la supuesta discriminación. Archivo dentro de 180 días puede producirse la desestimación de la denuncia.

Sección I: Información del denunciante (por favor imprima)

1. Nombre: _____
2. Dirección: _____
3. Tel - Hogar: _____
4. Tel - Trabajo: _____
5. Tel - Móvil: _____
6. Comunicación Accessibility Requirements:
Letra grande
Traductor (*indique idioma*): _____
TTY/TDD
Otro (*Explique*): _____
6. Qué es el tiempo más conveniente para contactarle acerca de esta denuncia?

Sección II: Persona Discriminada

1. Está presentando esta denuncia en su propio nombre? Sí No
(*En caso afirmativo, proceder a la sección III*)
2. Nombre de la persona para quien está siendo la denuncia. Nombre: _____
3. Su relación con la persona nombrada. Relación: _____
4. Has obtenido el permiso de la persona para presentar este formulario? Sí No
5. Explicar por qué está presentando en nombre de la persona nombrada: _____

Sección III: Información de queja

1. En que se basa esta denuncia de discriminación (*marquen todos los que aplican*):
Raza/origen étnico origen nacional discapacidad
color edad ingles limitado
sexo ingreso
2. A lo mejor de su recuerdo, en qué fecha la discriminación tuvo lugar?
Fecha más temprano de la discriminación: _____
Fecha más reciente de discriminación: _____

3. Donde ocurrió: _____
4. Explicar, tan claramente como sea posible, lo que ocurrió, por qué crees que sucedió y cómo se discriminó contra: *(Si es necesario, adjunta hojas adicionales de papel):*

5. Por favor liste personas (testigos, empleados, u otros), si se sabe, quien podemos contactar para obtener más información confirmar o aclarar su queja. Incluya nombre, dirección y teléfono.

6. Qué remedio busca por presunta discriminación?

7. Ha presentado esta queja con otra Agencia Federal, estatal o Local o Tribunal?
En caso afirmativo, por favor indicar el nombre, dirección e información de contacto de la agencia donde se presentó la queja y estado actual de la queja:

Agencia: _____

Contacto: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

8. Si usted tiene un abogado que lo representa en relación con las cuestiones planteadas en esta queja por favor suministrar los siguientes datos:

Nombre de abogado: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Sección IV: Afirmación *(Por favor, recuerde firmar y fechar este formulario)*

Afirmo que he leído cuidadosamente la queja anterior y que a lo mejor de mi conocimiento, información y creencia la información aquí contenida es verdadero.

Firma

Fecha

Si envía por el Servicio Postal de Estados Unidos, la ciudad anima a todas las personas a enviar por correo certificado, para asegurar que toda la correspondencia escrita puede ser rastreada.