

Formulario de queja de Título VI

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono (Casa): _____

Teléfono (Trabajo): _____

Persona a la que se discriminó *(si es alguien que no es la persona que está poniendo la queja)*

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono (Casa): _____

Teléfono (Trabajo): _____

Cree que la razón para la presunta discriminación es debido a:

- | | |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Raza _____ | <input type="checkbox"/> Dominio Limitad de Inglés _____ |
| <input type="checkbox"/> Edad (Especifique) _____ | <input type="checkbox"/> Nacionalidad (Especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Sexo (Especifique) _____ | <input type="checkbox"/> Discapacidad (Especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Color _____ | |

Fecha de la presunta discriminación:

En dónde sucedió la discriminación?

¿Cuál es el nombre y título de la person(a) que usted siente que cometió la discriminación contra usted (si lo sabe)?

Describa la presunta discriminación. Explique qué sucedió y quién cree usted que fue responsable (Si necesita más espacio, agregue otra hoja.)

Escriba una lista con los nombres de las personas que puedan tener conocimiento de la presunta discriminación y cómo contactarlas.

Si ha presentado esta queja con cualquier otro agencia federal, estatal, o local, o con cualquier corte federal o estatal, marque todas las que apliquen.

- Agencia Federal
- Corte Federal
- Agencia Estatal

- Corte Estatal
- Agencia Local

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

Teléfono (Casa): _____

Teléfono (Trabajo): _____

Por favor firme abajo. También puede añadir cualquier material escrito u otra información que considere relevante a su queja.

Firma del reclamante	Fecha	Número de documentos agregados
----------------------	-------	--------------------------------

Gca YfU`Uzfa `U:

Dcf`WtffYc: _____ **O** _____

Office of Resiliency
Attn: Civil Rights Coordinator
1700 W. Washington Street
Phoenix, AZ 85007

Dcf`WtffYc`Y`Ywf0b]Wt:
CRamos@az.gov

**Disclaimer: Any ADEQ translation or communication in a language other than English is unofficial .
Cualquier traducción o comunicado de ADEQ en un idioma diferente al inglés no es oficial.**