

FORMULARIO DE QUEJA DEL TÍTULO VI

PROGRAMA DEL TÍTULO VI Y ESTATUTOS RELACIONADOS DEMANDA DE DISCRIMINACIÓN CONTRA EL CONDADO DE CITRUS				
Nombre:		Teléfono (casa):	Teléfono (trabajo):	
Dirección:		Ciudad, Estado, Código Postal:		
Nombre de la persona del personal del CONDADO que usted cree que lo discriminó:				
Dirección:		Ciudad, Estado, Código Postal:		
Fecha del presunto incidente:				
Usted fue discriminado debido a:				
Raza	Represalia	Sexo	Estado familiar	Religión
Color	Origen Nacional (Idioma)	Edad	Discapacidad	Otro
Explique de la manera más breve y clara posible lo que sucedió y cómo fue discriminado. Indique quién estuvo involucrado. Asegúrese de incluir cómo otras personas fueron tratadas de manera diferente a usted. También adjunte cualquier material escrito relacionado con su caso.				
Firma:		Fecha:		