



Gobierno del Condado de Orange Título VI Discriminación
FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

I. INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono # Trabajo: _____ Hogar: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

¿Está presentando esta solicitud en su propio nombre? Seleccione uno: Sí ____ o No ____

De responder no:

- ¿Cuál es su relación con la persona cuya solicitud está presentando?

- Por favor explique por qué ha sometido la queja como un tercero.

- Por favor confirme que usted ha obtenido el permiso de la parte agraviada. Seleccione uno: Sí ____ o No ____

II. ALEGACIONES:

Usted considera que la discriminación que sufrió está basado en uno de los siguientes: seleccione uno o los que correspondan:

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Raza | <input type="checkbox"/> Color | <input type="checkbox"/> Origen nacional |
| <input type="checkbox"/> Edad | <input type="checkbox"/> Discapacidad | <input type="checkbox"/> Condición familiar o religiosa |
| <input type="checkbox"/> Ingresos | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Por favor explique tan claramente como le sea posible lo que ocurrió, la fecha y la hora en que ocurrió y por qué considera usted que fue discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas, incluyendo el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que usted considera discriminó contra usted (si la conoce).

Fecha y hora de la alegada discriminación: _____

Lugar de la alegada discriminación: _____

Detalles del incidente (utilice líneas adicionales de ser necesario).

Espacio adicional para alegaciones de ser necesario:

III. TESTIGOS:

Testigo 1: Primer nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono # Trabajo: _____ Hogar: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

Testigo 2: Primer nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono # Trabajo: _____ Hogar: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

Testigo 3: Primer nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono # Trabajo: _____ Hogar: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

¿Tiene cualquier documento (correo electrónico, mensajes de texto, distribución impresa, fotos) que apoyen su posición? Seleccione uno: Sí ____ o No ____

De responder **SÍ**, por favor, consérvelos.

¿Ha presentado anteriormente una reclamación Título VI con esta agencia? Seleccione uno: Sí ____ o No ____

¿Ha presentado esta reclamación ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o con cualquier corte federal o estatal? Seleccione uno: Sí ____o No ____

- De responder **SÍ**, ¿con cuál agencia?
 - [] Agencia Federal: _____
 - [] Corte Federal: _____
 - [] Agencia Estatal: _____
 - [] Corte Estatal: _____
 - [] Agencia Local: _____

Por favor proporcione información acerca de alguna persona de contacto en la agencia/corte donde la reclamación anteriormente mencionada fue sometida:

- Nombre de contacto: _____
- Título: _____
- Nombre de la agencia: _____
- Dirección de la agencia: _____
- Teléfono: _____

IV. REPRESENTACIÓN LEGAL

¿Está usted representado por un abogado para esta reclamación?
Seleccione uno: Sí ____o No ____

- De responder sí, por favor complete la siguiente información:

Nombre del abogado: _____

Dirección física: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: _____

V. AFIRMACIÓN Y FIRMA:

Yo, _____), por la presente afirmo a mi leal saber y entender
(Escriba su nombre aquí)

que la(s) alegación(es) que he presentado en este formulario de reclamación es (son)
verídica(s) y basada(s) en hechos.

Firma del reclamante

Fecha

Nombre del reclamante (EN LETRA DE IMPRENTA, POR FAVOR)

Por favor someta su formulario de reclamación firmado a:

Richard Dicks, Jr. M.P.A
Orange County Administrator's Office
Title VI Program Manager
201 S. Rosalind Avenue, 5th floor
Orlando, FL 32802

Envíe por medio del correo de los Estados Unidos a la dirección arriba indicada, escanee
y envíe por correo electrónico a Access@ocfl.net, o entregue en persona a la dirección
antes indicada entre las horas de 8AM y 5PM.