

Formulario de Denuncia por Discriminación, del Título VI

Utilice este formulario para presentar una denuncia ante East-West Gateway Council of Governments (EWG), de acuerdo con las leyes, normas y reglamentos contra la discriminación, incluyendo, entre otros, el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Orden Ejecutiva 13166, "Mejora del acceso a los servicios para las personas con Habilidad Limitada del Idioma Inglés."

Este formulario se encuentra disponible en inglés en el sitio web de EWG: www.ewgateway.org/titlevi.

Si necesita ayuda para completar este formulario, por favor, póngase en contacto con nosotros a través de los teléfonos (314) 421-4220, (618) 274-2750, fax (314) 231-6120; o pregunte por Coordinador de Título VI.

Tenga la libertad de añadir páginas adicionales de ser necesario. Usted no está obligado a utilizar este formulario. Para presentar su denuncia, será suficiente si lo hace a través de una carta firmada en la que facilite la misma información que aquí se indica.

Las denuncias de discriminación deben presentarse antes de 180 días a partir de la fecha en que ocurrió la presunta discriminación.

Este formulario DEBE ser completado por el demandante o el representante que el demandante designe.

Datos Personales del Demandante

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono (Casa / Trabajo): _____ Teléfono (Celular): _____

Nombre de la persona que completa este formulario, de ser distinta a la anterior: _____

Su relación con el demandante mencionado: _____

Presunta discriminación, detalles de la denuncia

I. Identifique la agencia, el departamento o el programa que presuntamente discriminó:

Nombre de la agencia o el departamento: _____

Nombre de la(s) persona(s), si la(s) conoce: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono (Trabajo): _____ Fax: _____

Fecha(s) en que ocurrió el presunto acto: _____

Fecha en que comenzó la presunta discriminación: _____ Fecha de la última o más reciente presunta discriminación: _____

II. ¿Cuál es el motivo de esta denuncia?

Si su denuncia es con respecto a discriminación en la prestación de servicios o discriminación relacionada con el trato que usted u otras personas recibieron por parte de la agencia o el departamento que indicó anteriormente, mencione a continuación el motivo por el que usted cree que se realizaron estos actos de discriminación.

Ejemplo: Si usted cree que lo discriminaron por ser de raíces afroamericanas, debe marcar la casilla "Raza/Color" y escribir "Afroamericano" en el espacio correspondiente.

Marque todas las que correspondan:

- Raza/Color _____
- Nacionalidad de origen _____
- Otro (*especifique*) _____

III. Explique lo que ocurrió

Por favor, explique lo más claramente posible lo que ocurrió. Proporcione el nombre de cualquier testigo, compañero de trabajo, supervisor y otros individuos involucrados en la supuesta discriminación. Por favor, incluya toda la información que considere pertinente para la investigación. (Adjunte hojas adicionales de ser necesario y proporcione una copia de cualquier material escrito relacionado con su denuncia).

IV. ¿Cuál sería la solución que usted consideraría satisfactoria para este/estos problema(s)?

V. ¿Cuál es el momento y el lugar más convenientes para contactarlo para hablar sobre esta denuncia?

VI. Si nos fuera imposible contactarlo directamente, por favor, indíquenos el nombre y el número de teléfono de una persona que pueda comunicarse con usted o proporcionar información acerca de su denuncia.

Nombre: _____

Teléfono: _____

VII. Si usted está representado por un abogado para que se encargue del asunto planteado en la presente denuncia, por favor, proporcione la siguiente información:

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Fecha y Firma

Firma

Fecha

Nota: Las leyes que esta agencia ejerce, prohíben la represalia o la intimidación contra personas que hayan tomado medidas o efectuado acciones para garantizar los derechos que estas leyes protegen. Si experimenta represalias o intimidaciones además de la discriminación planteada en esta queja, o si tiene preguntas para completar esta formulario, por favor, póngase en contacto con:

Title VI Coordinator
East-West Gateway Council of Governments
1 S. Memorial Drive, Suite 1600
St. Louis, MO 63102

Tel.: (314) 421-4220
(618) 274-2750
Fax: (314) 231-6120

Puede utilizar esta página si desea ofrecer información adicional referente a lo que se solicita en este formulario.