

Discrimination ADA/Title VI

Formulario de reclamación de discriminación

La Seccion I:			
El Nombre:			
La Direccion:			
Teléfono (casa):		Teléfono (trabajo):	
Email:			
Requisitos de formato accesible?	<input type="checkbox"/> Impresión	<input type="checkbox"/> Cinta de audio	
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Otro	
La Seccion II:			
Está presentando esta queja en su propio nombre?			<input type="checkbox"/> Si* <input type="checkbox"/> No
<i>*Si contestó "sí" a esta pregunta, vaya a la sección III.</i>			
Si no, por favor suministre el nombre y la relación de la persona para la cual usted se está quejand			
Por favor explique por qué ha presentado una tercera parte:			
Por favor confirme que usted ha obtenido el permiso de la parte agraviada de si usted está presentando en nombre de una tercera persona			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
La Seccion III:			
Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todos los que apliquen):			
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional <input type="checkbox"/> Discapacidad			
Fecha de presunta discriminación (mes, día, año): Explique lo más claramente posible lo que pasó y por qué cree que fue discriminado. Describir a todas las personas que participaron. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que discrimina contra usted (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, por favor use la parte posterior de este formulario.			
La Seccion VI:			
Ha presentado anteriormente una queja por discriminación con esta agencia?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, proporcione cualquier información de referencia con respecto a su queja anterior.			
La Seccion V:			

Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o con cualquier agencia federal?

Si No

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

Agencia Federal:

Corte federal:

Agencia del estado:

Tribunal Estatal:

Agencia local:

Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde la queja fue archivado.

Nombre:

Título:

Agencia:

Dirección:

Teléfono:

La Sección VI:

El nombre de la queja de la agencia es contra:

La queja del nombre de la persona es contra:

Título:

Ubicación:

Número de teléfono (si está disponible):

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su reclamo. Su firma y fecha son requeridas a continuación:

Firma

Fecha

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su reclamo. Su firma y fecha son requeridas a continuación:

City of Sedona - Human Resources Manager
Roadrunner Drive, Sedona, AZ 86336
(928) 203-5189
HumanResources@SedonaAZ.gov

Se puede encontrar una copia de este formulario en línea en www.SedonaShuttle.com.