

CITY OF TALLAHASSEE

Título VI Formulario de Queja

Nombre del denunciante

Dirección del denunciante

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Número de teléfono de casa: (____) _____ **Otro número de teléfono:** (____) _____

Fue usted discriminado debido a (marque todas las que apliquen):

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Raza | <input type="checkbox"/> Religión | <input type="checkbox"/> Identidad o |
| <input type="checkbox"/> Color | <input type="checkbox"/> Discapacidad | expresión de género |
| <input type="checkbox"/> Nacionalidad | <input type="checkbox"/> Estado familiar | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Sexo | <input type="checkbox"/> Estado civil | _____ |
| <input type="checkbox"/> Edad | <input type="checkbox"/> Orientación sexual | _____ |

Fecha del presunto incidente discriminatorio:

Departamento de la Ciudad de Tallahassee donde ocurrió el presunto incidente:

Nombre(s) del empleado(s) de la Ciudad de Tallahassee involucrados, si se conocen:

Explique lo más claro posible lo que pasó y cómo fue discriminado/a o se le negó el acceso o el alojamiento. Indique quién estuvo involucrado e incluya los nombres y la información de contacto de los testigos. Si el incidente tuvo lugar en un autobús de StarMetro, cualquier identificación del autobús (ruta y la dirección o el número del autobús) ayudaría, ya que los autobuses están equipados con cámaras de seguridad. Si necesita más espacio, favor de usar otra hoja de papel.

¿Ha presentado esta queja con alguna otra agencia federal, estatal o local, o con cualquier tribunal federal o estatal?

- Sí No

Si contestó “Sí” a la pregunta anterior, marque lo que aplique:

- Agencia federal Agencia local
 Agencia del estado Tribunal federal Tribunal estatal

Favor de proporcionar información sobre una persona de contacto en la agencia o tribunal donde se presentó la queja:

Nombre de la agencia/tribunal:

Nombre del contacto de la agencia/tribunal:

Dirección del contacto de la agencia/tribunal:

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: (_____) _____

Favor de firmar abajo. Usted puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.

Firma

Fecha

Favor de enviar este formulario a:

Kathleen Wright, ADA/Title VI Coordinator
City of Tallahassee
Office of Diversity & Inclusion
300 S. Adams Street, Box A-13
Tallahassee, Florida 32301
(850) 891-8266 (teléfono de oficina)
(850) 661-3235 (teléfono celular)
(850) 891-0833 (fax)
Florida Relay 711 (personas con discapacidad auditiva)
Kathleen.Wright@talgov.com
starmetro.titlevi@talgov.com

03/05/2024