

Formulario de queja de discriminación en el servicio

El Condado Suffolk, en virtud del Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (Title VI of the Civil Rights Act of 1964) y los estatutos relacionados, garantiza que ninguna persona en el Condado, debe ser excluida de la participación en ningún programa o actividad bajo su administración, ni podrán negársele los beneficios de dichos programas o actividades ni de ninguna otra manera podrá ser sometida a discriminación sobre la base de su raza, color de la piel, nacionalidad, discapacidad, sexo (en el contexto de educación) ni edad.

Si usted considera que ha sido sujeto de discriminación sobre la base de su raza, color de la piel, nacionalidad, discapacidad, sexo (en el contexto de educación) o edad, sírvase llenar este formulario y enviarlo como se indica más adelante.

Nota: la siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. En el caso que requiera asistencia para completar este formulario, comuníquese al (631) 853-4235.

Sección I:

1. Nombre del demandante _____
2. Dirección _____
3. Ciudad, estado y código postal _____
4. Número de teléfono. [Indique cuál es el mejor número en donde se le puede localizar]
Casa _____ Trabajo _____ Celular _____
5. Dirección de correo electrónico _____
6. ¿Tiene requisitos de formato accesible? Letra grande TDD/TTY Otro _____

Sección II:

¿Está presentando esta queja en nombre propio? Sí No Si la respuesta es sí, avance a la Sección III.

1. Persona discriminada
Nombre _____
Dirección _____
Ciudad, estado y código postal _____
2. Número de teléfono: Casa _____ Trabajo _____
Celular _____
3. Dirección de correo electrónico _____
4. ¿Tiene requisitos de formato accesible? Letra grande TDD/TTY Otro _____
5. Su relación con la persona discriminada: _____
6. Indique por qué presentó la queja usted en nombre de esa persona. _____
7. La persona discriminada (también llamada la Parte afectada) también debe autorizar la queja y la investigación en su nombre. Confirme que tiene autorización para presentar esta queja en nombre de la Parte afectada. Sí No

Sección III:

1. De lo siguiente, ¿qué describe mejor la razón por la que considera que ocurrió la discriminación? Fue debido a: (marque la razón)

<input type="checkbox"/> Raza/color de la piel	<input type="checkbox"/> Edad
<input type="checkbox"/> Nacionalidad	<input type="checkbox"/> Discapacidad

Sexo (en el contexto de educación) Otro (especifique) _____

2. ¿En qué fecha y hora tuvo lugar la supuesta discriminación?

Fecha (Mes/Día/Año) _____ Hora _____

3. En detalle, explique lo que sucedió, en dónde sucedió y quién considera que fue responsable. Incluya toda la información de contacto y de identificación que sea posible sobre los testigos y partes responsables.

(Utilice el reverso de este formulario o adjunte hojas adicionales si requiere espacio adicional).

Sección IV:

1. ¿Ha presentado una queja con alguna otra agencia federal, estatal o local; o un tribunal federal o estatal en relación con este asunto? Sí No

Si la respuesta es sí, especifique todo lo que corresponda _____

2. Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal en donde se presentó la queja.

Nombre _____
Agencia/Tribunal _____
Número de teléfono _____ Dirección de correo electrónico _____

(Utilice el reverso de este formulario o adjunte hojas adicionales si se requiere espacio adicional).

Firme a continuación. Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que considere que sea pertinente para su queja.

Firma

Fecha

Si esta queja se presenta en nombre de otra persona indicada en la Sección II anterior, esa persona puede firmar a continuación.

Firma de la Parte afectada

Fecha