



# WEST PALM BEACH

## FORMULARIO DE RECLAMACION DE TITULO VI

El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y la Ley de Carreteras de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA) requieren que: ninguna persona en los Estados Unidos Los Estados, por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, religión, edad, discapacidad o estado familiar, serán excluidos de la participación, se les negarán los beneficios o serán objeto de discriminación en virtud de cualquier programa o actividad que reciba asistencia financiera federal.

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su querrela. En caso de necesitar ayuda para completar este formulario, por favor háganoslo saber. Usted debe completar y devolver este formulario al Tim Scott, Coordinador del Título VI, Ciudad de West Palm Beach, PO Box 3366, West Palm Beach, FL 33402, Número de teléfono 561-494-1019; por correo electrónico a [ada-compliance@wpb.org](mailto:ada-compliance@wpb.org).

1. Nombre \_\_\_\_\_

2. Dirección \_\_\_\_\_

3. Ciudad, Estado y Código Postal \_\_\_\_\_

4. Número de teléfono: (Residencia) \_\_\_\_\_ (Trabajo/Otro) \_\_\_\_\_

5. Persona objeto de discriminación (si no es usted):

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_

6. Agencia y Departamento o programa que usted alega cometió el acto de discriminación:

---

---

---

---

7. Base para la supuesta discriminación (marque lo que corresponda):

a. Raza/Color: \_\_\_\_\_

b. Origen Nacional: \_\_\_\_\_

c. Sexo: \_\_\_\_\_

d. Religión: \_\_\_\_\_

e. Edad: \_\_\_\_\_

f. Discapacidad o estado familiar: \_\_\_\_\_

8. Fecha en que sucedió la alegada discriminación: \_\_\_\_\_

9. En sus propias palabras, describa la alegada discriminación lo mas claro posible, por qué cree que sucedió, y cómo se discriminó contra usted. Díganos quién estuvo involucrado, y quién usted considera fue responsable. Asegúrese de incluir cómo otras personas han sido tratadas de manera diferente de usted. Use hojas adicionales si es necesario, e incluya cualquier document escrito que usted entienda apoya a su querella.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

10. Enumere todos los testigos que pueden ayudarnos a investigar su reclamo, incluya inforación para contactarlos.

---

---

---

---

11. ¿Ha presentado usted esta querrela a alguna agencia federal, estatal, o local; o en algún tribunal federal o estatal?

\_\_\_\_\_ Sí                      \_\_\_\_\_ No

Si contest, SI, marque todas las que correspondan:

Agencia Federal \_\_\_\_\_                      Tribunal Federal \_\_\_\_\_                      Agencia Estatal \_\_\_\_\_

Tribunal Estatal \_\_\_\_\_                      Agencia Local \_\_\_\_\_

12. Por favor proporcione información sobre una personal de contact en la agencia /tribunal donde se present la querrela:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

13. **No podemos aceptar una querrela que no ha sido firmada. Por favor firme y coloque la fecha en los espacios indicados a continuación:**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso