

Formulario de Queja por Discriminación de Servicios

El Condado de Suffolk, bajo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y estatutos relacionados, asegura que ninguna persona en el Condado, por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, género (en el contexto de la educación) o edad, sea excluida de participar en, se le nieguen los beneficios de, o sea sometida a discriminación bajo cualquier programa o actividad que administre.

Si siente que ha sido discriminado por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, género (en el contexto de la educación) o edad, por favor complete este formulario y envíelo según se indica a continuación.

Nota: La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, por favor comuníquese al 631-852-4010.

Sección I

1. Nombre del Demandante _____
2. Dirección _____
3. Ciudad, Estado y Código Postal _____
4. Número de Teléfono [Por favor indique el mejor número donde se le puede contactar.]
Casa _____ Trabajo _____ Celular _____
5. Correo Electrónico _____
6. ¿Requisitos de Formato Accesible? Impresión TDD/TTY Otro _____
Grande

Sección II:

¿Está presentando esta queja en su propio nombre? Sí No Si marcó "sí", pase a Sección III

1. Persona discriminada
Nombre _____
Dirección _____
Ciudad, Estado y Código Postal _____
2. Número de Teléfono
Casa _____ Trabajo _____ Celular _____
3. Correo Electrónico _____
4. ¿Requisitos de Formato Accesible? Impresión TDD/TTY Otro _____
Grande
5. Su relación con la persona discriminada: _____
6. Por favor, indique por qué ha presentado la queja en nombre de esa persona.

7. La persona discriminada (también llamada la Parte Agraviada) debe autorizar también la queja y la investigación en su nombre. Por favor, confirme que tiene permiso para presentar esta queja en nombre de la Parte Agraviada. Sí No

Sección III:

1. ¿Cuál de los siguientes describe mejor la razón por la que cree que ocurrió la discriminación?
¿Fue debido a su: (marque la razón)
 Raza/Color Discapacidad
 Origen Nacional Género (en el contexto de la educación)
 Edad Otro (especifique) _____

2. ¿Qué fecha y hora ocurrió la supuesta discriminación?

Fecha (Mes/Día/Año) _____ Hora _____

3. En detalle, explique lo que ocurrió, dónde sucedió y quién cree que fue el responsable. Incluya la mayor cantidad posible de información de identificación y contacto para testigos y partes responsables.

(Por favor, utilice el reverso de este formulario o adjunte hojas adicionales si se requiere más espacio.)

Sección IV:

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

Si marcó "sí", especifique todas las que correspondan _____

2. Por favor, proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la queja.

Nombre _____
Agencia/Tribunal _____
Número de Teléfono _____ Correo Electrónico _____

(Por favor, utilice el reverso de este formulario o adjunte hojas adicionales si se requiere más espacio.)

Por favor, firme a continuación. Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.

Firma

Fecha

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

Firma de la Parte Agraviada

Fecha