



**FORMULARIO PARA QUERELLAS POR DISCRIMINACION BAJO TITULO VI
BAYAMÓN TITLE VI COMPLAINT FORM**

Section I: Sección I:			
Nombre: Name:			
Dirección: Address:			
Teléfono: Phone:		Correo electrónico: Email:	
Requiere formato accessible: Accessible format requirements:	Letras grandes Large Print <input type="checkbox"/>	Audiograbación Audio Tape <input type="checkbox"/>	
	Asistencia TTY/TDD <input type="checkbox"/>	Otro Other <input type="checkbox"/>	
Section II: Sección II:			
¿Somete esta querella por derecho propio? Are you filing this complaint on your own behalf?		Sí <input type="checkbox"/> Yes	No <input type="checkbox"/> No
Si usted contestó "sí", vaya a la Sección III. If you answered "yes", go to Section III.			
Si usted contestó "no" indique su relación con el querellante: If you answered "no", please supply your relationship with the person for whom you are complaining:			
Por favor indique la razón para someter esta querella por un tercero: Please explain why you have filed for a third party:			
Por favor confirme que la persona afectada le autorizó a querellarse en su representación: Please confirm that you have obtained the permission of the aggrieved party if you are filing on behalf of a third party:		Sí <input type="checkbox"/> Yes	No <input type="checkbox"/> No
Section III: Sección III:			
Creo que fui discriminado basado en (marque todas las que aplique): I believe the discrimination I experienced was based on (check all that apply):			
Raza <input type="checkbox"/> Race	Color <input type="checkbox"/> Color	Origen Nacional <input type="checkbox"/> National Origin	Discapacidad <input type="checkbox"/> Handicap
Fecha de la alegada discriminación: (Mes/Día/Año): Date of Alleged Discrimination (Month, Day, Year):			



Explique tan claro como le sea posible lo ocurrido y la razón por la cual cree se discriminó contra usted.

Indique la(s) persona(s) involucrada(s). Incluya el nombre y datos de la(s) persona(s) que discriminó en su contra (si conocido), además de los nombres y datos de testigos. Si requiere más espacio continúe escribiendo al dorso de este formulario.

Explain as clearly as possible what happened and why you believe you were discriminated against. Describe all persons who were involved.

Include the name and contact information of the person(s) who discriminated against you (if known) as well as names and contact information of any witnesses. If more space is needed, please use the back of this form.

Section IV: Sección IV:

¿Ha sometido anteriormente querellas bajo el Título VI en el Municipio de Bayamón? Have you previously filed a Title VI complaint with the Municipality of Bayamón?	Sí Yes	<input type="checkbox"/>	No No	<input type="checkbox"/>
--	-----------	--------------------------	----------	--------------------------

Section V: Sección V:

¿Ha sometido esta querella ante otras entidades Federales, Estatales o locales o ante una Corte Federal o Estatal? Have you filed this complaint with any other Federal, State, or local agency, or with any Federal or State court?	Sí Yes	<input type="checkbox"/>	No No	<input type="checkbox"/>
---	-----------	--------------------------	----------	--------------------------

Si contestó "sí", marque todas las que apliquen.
If "yes", check all that apply.

- Agencia Federal:
Federal Agency:
- Corte Federal:
Federal Court:
- Agencia Estatal:
State Agency:
- Corte Estatal:
State Court:
- Agencia Local o Municipio:
Local Agency or Municipality:

Por favor indique los datos de la persona de contacto donde sometió su querella.
Please provide information about a contact person where the complaint was filed.

Nombre: Name:	
Título: Title:	
Agencia: Agency:	

Dirección: Address:	
Teléfono: Phone:	
Section VI:	Sección VI:
Nombre del Municipio contra la cual se querrela: Name of Municipality complaint is against:	
Persona contacto: Contact person:	
Título: Title:	
Teléfono: Phone:	
Comentarios: Commentaries:	