



whatcom council of governments

Formulario de denuncia del Título VI

Complete este formulario lo mejor que pueda. Si necesita traducción u otro tipo de ayuda, comuníquese con Melissa Fanucci al 360-685-8385 o al melissa@wcog.org

Información de contacto

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

Mejor hora para contactarlo/la: _____

Descripción del incidente

Fundamento de la denuncia (marque todos los que correspondan):

Raza Color Origen nacional (incluye el acceso al idioma)

Fecha del presunto incidente: _____

¿Quién discriminó contra usted?

Nombre: _____

Nombre de la organización: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono: _____

Explique lo que sucedió, por qué cree que sucedió y cómo fue discriminado. Asegúrese de incluir cómo otras personas fueron tratadas de manera diferente a usted. Si tiene alguna otra información sobre lo sucedido, adjunte documentación de apoyo a este formulario. También puede adjuntar hojas adicionales si necesita más espacio para describir el incidente.

¿Qué remedio busca por la presunta discriminación? Tenga en cuenta que este proceso no resultará en el pago de daños punitivos o compensación financiera.

Enumere a cualquier otra persona con la que debamos comunicarnos para obtener información adicional en apoyo de su denuncia. Indique sus nombres, números de teléfono, dirección o correo electrónico.

¿Ha presentado su denuncia, queja o demanda ante alguna otra agencia o corte?

Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____ ¿Cuándo? _____

Estado (pendiente, resuelto, etc.): _____ Resultado, si se conoce: _____

Número de denuncia, si se conoce: _____

¿Tiene un/a abogado/a en este asunto?

Sí No

En caso afirmativo, nombre del/de la abogado/a: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono: _____

Firmado: _____

Fecha: _____