

La Autoridad de Poder Conjuntos (JPA)

Forma de Queja

Sección I: Información del contacto (<i>Escribe en forma legible</i>)		
1. Nombre:		
2. Dirección:		
3. Teléfono:	3.a. Teléfono Secundario (<i>Opcional</i>):	
4. Dirección de Correo Electrónico:		
Sección II:		
6. ¿Esta presentado esta queja de parte suya?	SI*	NO
*Si usted respondió "SI," al Número 6, vaya a la sección III.		
7. Si usted respondió "NO" al Número 6, por favor proporcione información de contacto sobre la(s) persona(s) que experimentó la discriminación, intimidación o represalias prohibidas: Nombre(s):		
8. ¿Cuál es su relación con este individuo?:		
9. Por favor, explique por qué han presentado para una tercera persona:		
10. Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la persona agraviada para presentar en su nombre.	YES	NO
Sección III:		
11. Creo que la discriminación que he experimentado fue basada en (marque todas las que correspondan):		
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Origen Nacional
<input type="checkbox"/> Credo	<input type="checkbox"/> Sexo	<input type="checkbox"/> Edad
12. Por favor proporcione información sobre la(s) persona(s) que realizó los presuntos actos prohibidos		
Nombre:		
Agencia u Organización:		
Fecha de supuesta discriminación (<i>mm/dd/aaaa</i>):		
13. Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describe a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que lo discriminó (si se conoce), así como los nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si se necesita más espacio, adjunte hojas de papel adicionales.		

La Autoridad de Poder Conjuntos (JPA), Pagina 2

Forma de Queja

Sección IV:		
14. ¿Ha presentado previamente una queja del Título VI ante la Autoridad de Poder Conjuntos?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sección V:		
15. ¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra Agencia Federal, Estado o Local, o ante cualquier tribunal Federal o Estatal?		
<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO Si usted respondió "SI," marque todo lo que se aplique:		
<input type="checkbox"/> Agencia Federal Federal	<input type="checkbox"/> Agencia Estatal	<input type="checkbox"/> Tribunal
Estatal	<input type="checkbox"/> Agencia Local	<input type="checkbox"/> Tribunal
16. Si usted respondió "SI," al Número 15, proporcione información sobre el contacto de la Agencia/ Tribunal en donde presento la queja.		
Nombre:		
Título:		
Agencia:		
Dirección:		
Teléfono:		
Dirección de Correo Electrónico:		
Sección VI:		
¿Estás representado por un abogado en este asunto?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Nombre de la Empresa:		
Nombre del Contacto:		
Teléfono:		

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que crea que es relevante para su queja.

¿Cuál es el tiempo y la forma más convenientes de contactarlo sobre esta queja?

La Autoridad de Poder Conjuntos (JPA), Pagina 3

Firma y escriba la fecha a continuación (se requiere una firma para procesar su cumplimiento).

Imprima su Nombre _____

Firma _____ Fecha _____

Si no puede firmar, marque aquí: []

Por favor envíe este formulario en persona o envíe este formulario a la dirección a continuación:

Sharon Koike
Interim Title VI Compliance Officer
Finance Department
310-412-5257
skoike@cityofinglewood.org