



Oficina de Desarrollo de Negocios Minoritarios
900 East Broad Street, Piso 16, Sala 1603
Richmond, Virginia 23219

Teléfono: (804) 646-5947 **Fax:** (804)-646-0136

Página web: www.RichmondGov.com/MBD

Correo electrónico: Minority.Business.Development@RichmondGov.com

Título VI Formulario de Queja

El propósito de este formulario es ayudarle a presentar una queja con la sección de Coordinación y revisión. No está obligado a utilizar este formulario; Una carta con la misma información es suficiente. Sin embargo, la información solicitada en los ítems marcados con una estrella (*) debe ser privada, independientemente de que se use o no el formulario.

1. * Indique su nombre y dirección.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono: Casa: (____) _____ Trabajo :(____) _____

Correo electrónico: _____

2. * Persona (s) discriminada (s), si es diferente de arriba:

Nombre: _____

Dirección _____

Código postal _____

Teléfono (s): Casa (____) _____ Trabajo (____) _____

Correo electrónico _____

Por favor explique su relación con esta persona (s).

3. * Agencia y Departamento que discriminaron:

Nombre: _____

Dirección _____

Código postal _____

Teléfono (s) (____) _____

Correo _____

- 4 ***A) Desempleo: ¿Su queja se refiere a la discriminación en la prestación de servicios en otras acciones discriminatorias del departamento o agencia en su tratamiento con usted u otros? En caso afirmativo, sírvase indicar debajo de la (s) base (s) en la que cree que se han tomado estas acciones discriminatorias.**

___ Raza / Etnia: _____
___ Origen nacional: _____
___ Sexo: _____
___ Religión: _____
___ Años: _____
___ Discapacidad: _____

- *B) Empleo: ¿Su denuncia se refiere a la discriminación en el empleo por parte del departamento o agencia? En caso afirmativo, sírvase indicar a continuación la(s) base(s) sobre las que cree que se han adoptado estas medidas discriminatorias.**

___ Raza / Etnia: _____
___ Origen nacional: _____
___ Sexo: _____
___ Religión: _____
___ Años: _____
___ Discapacidad: _____

5. **¿Cuál es el momento y el lugar más conveniente para contactarnos con usted acerca de esta queja?**

6. **Si no podemos comunicarnos directamente con usted, puede darnos el nombre y el número de teléfono de una persona que nos puede decir cómo comunicarnos con usted y / o proporcionar información sobre su queja:**

Nombre: _____
Número(s) de Teléfono(s): (____) _____

7. **Si usted tiene un abogado que lo represente en relación con los asuntos planteados en esta queja, proporcione lo siguiente:**

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Número(s) de Teléfono(s): (____) _____
Correo electrónico _____

8. *** A su mejor recuerdo, ¿en qué fecha (s) tuvo lugar la supuesta discriminación?**

Fecha más temprana de la discriminación: _____
Fecha más reciente de discriminación: _____

9. Las quejas de discriminación generalmente deben presentarse dentro de los 180 días de la supuesta discriminación. Si la fecha más reciente de discriminación, enumerada anteriormente, fue hace más de 190 días, puede solicitar una dispensa del requisito de llenado. Si desea solicitar una exención, explique por qué esperó hasta ahora para presentar su queja.

10. * Por favor explique lo más claramente posible lo sucedido, por qué cree que sucedió y cómo fue discriminado. Indique quién estuvo involucrado. Asegúrese de incluir cómo otras personas fueron tratadas de manera diferente a usted (por favor use las hojas adicionales si es necesario y adjunte una copia de los materiales escritos relacionados con su caso).

11. Las leyes que hacemos cumplir prohíben a los receptores de los fondos del Departamento de Justicia intimidar o tomar represalias contra alguien porque ha tomado acción o participado en acciones para asegurar los derechos protegidos por estas leyes. Si cree que ha recibido represalias en contra (aparte de la discriminación alegada en el # 10), explique las circunstancias a continuación. Asegúrese de explicar qué acciones tomó y que cree que fueron la base de la supuesta represalia.

12. Sírvase enumerar a continuación cualquier persona (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros), si se conoce, a quienes podemos contactar para obtener información adicional para apoyar o aclarar su queja.

Nombre	Dirección	Teléfono
_____	_____	() _____
_____	_____	() _____
_____	_____	() _____
_____	_____	() _____
_____	_____	() _____

13. ¿Tiene alguna otra información que considere pertinente para nuestra investigación de sus denuncias?

14. **¿Qué recurso buscas por la supuesta discriminación?**

15. **¿Ha presentado usted (o la otra persona discriminada) la misma o cualquier otra queja con otras oficinas del Departamento de Justicia (incluyendo la Oficina de Programas de Justicia, Oficina Federal de Investigación, etc.)?**

Si ___ No ___

Si es así, ¿recuerda el número de queja? _____

¿Con qué agencia y departamento o programa se presentó?

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal: _____

Número(s) de teléfono(s): (____) _____

Fecha de presentación: _____ DOJ Agencia: _____

Brevemente, ¿de qué se quejaba?

¿Cuál fue el resultado?

16. **¿Ha presentado o tiene intención de presentar una acusación o queja los asuntos planteados en esta queja con cualquiera de los siguientes?**

___ Comisión para la Igualdad de Oportunidades de Empleo de EEUU

___ Tribunal Federal o Estatal.

___ Su estado o local de Relaciones Humanas / Comisión de Derechos.

___ Oficina de quejas o reclamaciones.

17. **Si ya ha presentado un cargo o queja ante una agencia indicada en el número 16, por favor proporcione la siguiente información (adjunte páginas adicionales si es necesario):**

Agencia: _____

Fecha de archivado: _____

Número de expediente o caso: _____

Fecha del juicio / audiencia religión: _____

Ubicación de la agencia / tribunal: _____

Nombre del investigador: _____

Situación del caso: _____

Comentarios: _____

18. Si bien no es necesario que usted sepa acerca de la ayuda que la agencia o institución que está presentando contra recibe del gobierno federal, si conoce algún fondo del Departamento de Justicia o asistencia recibida por el programa o departamento en el que la supuesta discriminación, sírvase proporcionar esa información a continuación.

19. ¿Cómo supo que podría presentar esta queja?

20. Si a su queja ya se le ha asignado un número de queja del DOJ, por favor, indíquenos ese número aquí: _____

Necesitaremos su consentimiento para divulgar su nombre, si es necesario, en el curso de cualquier investigación. Por lo tanto, necesitaremos un consentimiento firmado de usted. (Si está presentando esta queja de una persona a quien usted alega que ha sido discriminado, en la mayoría de los casos necesitaremos un Formulario de Consentimiento firmado de esa persona.) Vea la "Notificación sobre Usos Investigativos de Información Personal" para información sobre el formulario de consentimiento. Envíe por correo el formulario de Queja de Discriminación completado y firmado y el formulario de Consentimiento firmado (por favor, haga una copia de cada uno para sus registros) a:

**Departamento de Justicia de los Estados Unidos
División de Derechos Civiles
Sección de Coordinación y Revisión-NWB
950 Pennsylvania Avenue, NW
Washington, D.C. 20530
Número gratuito de voz y TDD: (888) 848-5306
Voz: (202) 307-2222
TDD: (202) 307-2678**

21. **Nosotros no podemos aceptar una queja si no ha sido firmada. Favor de firmar y fechar este formulario de queja abajo.**

Escriba su Nombre completo

Firma

Fecha