

**Formato de Reclamo del Título VI del El Distrito del Desarrollo Economico de Mid-Columbia (MCEDD)**



**Sección I:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa/Celular): \_\_\_\_\_

Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Sección II:**

¿Está usted presentando esta queja en su propio nombre: **Sí**  **No**

\* Si usted contestó "sí" a esta pregunta, pase a la Sección III.

Si su respuesta es "no", por favor escribe el nombre y la relación de la persona que está presentando la queja en contra:

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Relación:** \_\_\_\_\_

Si usted está presentando una queja de parte de otra persona, por favor, explica porqué en el siguiente espacio:

¿Se ha obtenido el permiso de la parte perjudicada, si usted está presentando en nombre de un tercero: **Sí**  **No**

**Sección III:**

Creo que la discriminación que experimenté fue basado en (marque todo lo que corresponda):

**Raza**       **Color**       **Origen Nacional**

Fecha de la discriminación alegada (Mes, Día, Año):

**Date:** \_\_\_\_\_

Explique, lo más claramente posible, lo que sucedió y porqué usted cree que fue discriminado. Describe todas las personas quien estuvieron involucradas. Incluye el nombre y la información de contacto de la persona (s) que discriminó (si se conoce), así como los nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, adjunte hojas adicionales a este formulario:

Sección IV

Ha previamente presentado una queja del Título VI con el \_\_\_\_\_ enter agency name \_\_\_\_?

Sí  No

Sección V

¿Ha presentado esta queja con cualquier otro federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal? Sí  No

En caso afirmativo, marque el nombre de todas las que correspondan:

Agencia Federal: \_\_\_\_\_

Tribunal Federal: \_\_\_\_\_

Agencia Estatal: \_\_\_\_\_

Tribunal Estatal: \_\_\_\_\_

Agencia local: \_\_\_\_\_

Sírvanse proporcionar información acerca de una persona de contacto

en la corte / entidad donde se presentó la queja.

Nombre: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Sección VI**

Nombre de la agencia/compañía de queja es contra: \_\_\_\_\_

Persona de contacto: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor, envíe este formulario en persona en la dirección indicada más abajo:

MCEDD  
802 Chenowith Loop Road  
The Dalles, OR 97058