

DISCRIMINATION COMPLAINT FORM
 PERTAINING TO CLASSES PROTECTED BY TITLE VI
 On the Basis of Race, Color, or National Origin

Seccion I		
Nombre:		
Domicilio:		
Telefono (domicilio):		Telefono (trabajo):
Direccion del correo electronico:		
Requisitos Accesibles al formulario	Letra grande	Cinta Auditiva
	TDD	Otros
Seccion II		
Esta Ud, llenando este formulario para Ud. mismo?	Si	No
*Si la respuesta es SI complete la Seccion III.		
Si es NO, por favor de el nombre y su parentesco con la persona para quien esta completando el formulario.		
Por favor explique porque Ud. llena el formulario para una tercera persona.		
Por favor confirme que Ud. tiene autorizacion de esta tercera persona afectada.		
Por favor confirme que Ud, tiene autorizacion de la persona third party.	Si	No
Seccion III		
Anteriormente Ud. a llenado un formulario de reclamo bajo la Clausula VI con esta Agencia?	Yo creo que la discriminacion que yo experimente estuvo basada en (indique lo que se aplique) <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Pais de origen Fecha de cuando ocurrio el hecho (Mes, Dia, Ano): _____	

DISCRIMINATION COMPLAINT FORM
 PERTAINING TO CLASSES PROTECTED BY TITLE VI
 On the Basis of Race, Color, or National Origin

Seccion IV		
¿Ha presentado anteriormente una queja del Título VI con este agencia?	Si	No
Seccion V		
Ud. ha presentado este reclamo ante alguna otra Agencia Federal, Statal o local o ante alguna Corte Federal o Statal		
[] Si [] No		
Si la respuesta es SI: complete los datos que se aplican.		
[] Federal Agency _____	[] Corte Federal _____	[] Agencia Statal _____
[] Corte Statal _____		[] Agencia Local _____
Por favor dar informacion del contacto del agencia/corte donde esta su reclamo:		
Nombre:		
Titulo:		
Agencia:		
Direccion:		
Telefono:		
Seccion VI:		
Nombre del agencia donde esta su reclamo:		
Contacto:		
Titulo:		
Telefono:		

DISCRIMINATION COMPLAINT FORM
PERTAINING TO CLASSES PROTECTED BY TITLE VI
On the Basis of Race, Color, or National Origin

Puede adjuntar materiales escritos e otra informacion pertinente a su reclamo.

Su firma y fecha abajo es necesaria.

Firma _____ Fecha _____

Por favor presente esta forma personalmente o enviar por correo a:

Title VI Coordinator

Putnam County Department of Planning, Development & Public Transportation

841 Fair Street

Carmel, NY 10512

Email: planning@putnamcountyny.gov

Fax: (845) 808-1948