Ciudad de Greenville

TITULO VI

Formulario de Quejas

Oficina de Greenville Cares

La ciudad de Greenville está comprometida a garantizar, que ninguna persona sea objeto de discriminación por motivos de raza, color o nacionalidad, tal y como está protegido por el Título VI del Federal Transit Administration (FTA) Circular 4702.1A.

Las quejas conforme al Título VI deben ser presentadas dentro de los 180 días siguientes a la fecha de la supuesta discriminación.

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario por favor póngase en contacto con el Coordinador de Derechos Civiles llamando al 864-232-2273. El formulario completo debe ser devuelto a la Oficina de Greenville Cares en el Ayuntamiento de la Ciudad, dirigido al Coordinador de Derechos Civiles, 206 S. Main St. Greenville, SC 29601.

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Ciudad, Estado, Código Postal:
Persona(s) discriminada(s) (si se trata de alguien diferente a quien establece la queja):	
Dirección, Ciudad, Estado y Código Postal de la persona que fue objeto de discriminación:	

Cuál de los siguientes describe mejor el motivo(s) de la supuesta discriminación ocurrida?

- Raza
- Color
- Nacionalidad (Dominio limitado del Ingles)

Fecha de la supuesta discriminación: _____

Por favor describa el supuesto incidente de discriminación. Proporcionar los nombres y títulos de todos los empleados de la Ciudad que participaron, si es disponible. Explicar el orden de los acontecimientos y quien considera fue el responsable. Utilice el reverso de este formulario si necesita más espacio.

_____

_____

_____

_____

Complete el reverso de este formulario

Por favor describa el supuesto incidente de discriminación (continuación)

A presentado Usted una denuncia ante cualquier otra agencia federal, estatal o local? (Marque con un círculo) SI / NO

Si es así, describa a continuación la agencia(s) y la información correspondiente:

Agencia:	Nombre del encargado:
Dirección:	Teléfono:

Agencia:	Nombre del encargado:
Dirección:	Teléfono:

Afirmo que he leído la anterior denuncia y que esta describe en lo posible mi conocimiento y creencia.

Firma del denunciante Fecha

Imprima el nombre del denunciante

Date Received: _____
Received By:_____