

## **Condado de Orange Título VI Formulario de Queja**

*Nota: La siguiente información es necesaria para ayudar en la tramitación de su queja.*

### **Información del Demandante:**

Nombre:

Dirección:

Ciudad/Estado/Zip Code:

Número de Teléfono (Casa):

Número de Teléfono (Trabajo):

### **Persona Discriminada (si otra persona que no sea el/la demandante)**

Nombre:

Dirección:

Ciudad/Estado/Zip Code:

Número de Teléfono (Casa):

Número de Teléfono (Trabajo):

**¿Cuál de las siguientes opciones mejor describe la razón por la que usted cree que la discriminación se llevó a cabo?**

Raza/Color (Especifique)

Origen Nacional (Especifique)

Otra

**¿En qué fecha(s) ocurrió la supuesta discriminación?**

**Describa la presunta discriminación. Explique lo que ocurrió y quien considera que fue responsable (si necesita más espacio, agregue una hoja de papel).**

**Haga una lista de nombres e información de contacto de las personas que pueden tener conocimiento de la supuesta discriminación.**

**¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o con cualquier tribunal federal o estatal? Marque las que correspondan.**

Agencia Federal

Tribunal Federal

Agencia Estatal

Tribunal Estatal

Agencia Local

**Si ha seleccionado arriba, por favor proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia /el tribunal donde presentó la queja.**

Nombre:

Dirección:

Ciudad/Estado/Zip Code:

Número de Teléfono (Casa):

Número de Teléfono (Trabajo):

**Por favor firme abajo. Usted puede adjuntar cualquier material impreso u otra información que considere relevante para su queja.**

Firma del Demandante:

Fecha:

**Documentos Adjuntos:** Sí  No

**Envíe el formulario y cualquier otra información adicional a:**

**Commissioner  
Orange County Department of Planning  
124 Main Street  
Goshen, New York 10924  
Fax: 845-291-2533  
TransitOrange@orangecountygov.com**