



# WEST PALM BEACH

## TÍTULO VI. FORMULARIO DE QUEJA

El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y la Ley de Carreteras de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA) requieren que: Ninguna persona en los Estados Unidos, por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, religión, edad, discapacidad o estado familiar, serán excluidos de la participación, se les negarán los beneficios o serán objeto de discriminación en cualquier programa o actividad que reciba asistencia financiera federal.

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, háganoslo saber. Complete y devuelva este formulario al Subdirector de Recursos Humanos, Tim Scott, Coordinador del Título VI, Ayuntamiento, PO Box 3366, West Palm Beach, FL 33402, o por correo electrónico a: [ada-compliance@wpb.org](mailto:ada-compliance@wpb.org).

1. Su Nombre \_\_\_\_\_

2. Su dirección \_\_\_\_\_

3. Su ciudad, estado y código postal \_\_\_\_\_

4. Su número de teléfono: (casa) \_\_\_\_\_ (trabajo/otro) \_\_\_\_\_

5. Persona discriminada (si es alguien que no sea usted):

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado y código postal: \_\_\_\_\_

6. Agencia y Departamento o programa que usted alega involucrados en discriminación::

---

---

---

---

7. Base de la supuesta discriminación (marque todo lo que corresponda):

a. Raza/Color \_\_\_\_\_

b. Origen nacional \_\_\_\_\_

c. Sexo \_\_\_\_\_

d. Religión \_\_\_\_\_

e. Edad \_\_\_\_\_

f. Discapacidad \_\_\_\_\_

g. Estado familiar \_\_\_\_\_

8. ¿En qué fecha tuvo lugar la supuesta discriminación? \_\_\_\_\_

9. En sus propias palabras, describa la supuesta discriminación lo más claramente posible, por qué cree que sucedió y cómo fue discriminado. Díganos quién estuvo involucrado y quién cree que fue el responsable. Asegúrese de incluir cómo otras personas fueron tratadas de manera diferente a usted. Utilice hojas adicionales si es necesario y adjunte una copia de los materiales escritos que crea que respaldan su queja.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

10. Enumere todos los testigos con información de contacto que puedan ayudarnos a investigar su queja:

---

---

---

---

11. ¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local? o ante cualquier tribunal federal o estatal? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

\_\_\_\_\_ Agencia federal \_\_\_\_\_ Tribunal federal \_\_\_\_\_ Agencia estatal \_\_\_\_\_ Tribunal estatal  
\_\_\_\_\_ Agencia Local

12. Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la queja:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado y código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

13. **No podemos aceptar una queja si no ha sido firmada. Firme y feche este formulario en las líneas que se muestran a continuación:**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra imprenta