

Formulario de Queja DRPT Título VI /ADA Discriminación

Por favor proporcione la siguiente información con el fin de procesar su queja. La asistencia está disponible a petición. Complete este formulario y correo o entrega a:

Oficial de Cumplimiento del Título VI / ADA, DRPT, 600 E. Main Street, Suite 2102, Richmond, VA 23219.

Se puede llegar a nuestra oficina de lunes a viernes de 8:00 am a 4:30 pm al (804) 786-4440, o se puede enviar por correo electrónico el Oficial de Cumplimiento DRPT Título VI / ADA en drptpr@drpt.virginia.gov.

Nombre del reclamante: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Teléfono (Inicio): _____ **(Negocio):** _____

Dirección de correo electrónico: _____

Persona discriminada (si no es demandante):

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Teléfono no.: _____

El nombre y la dirección de la agencia, institución o departamento que usted cree que lo ha discriminado.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Fecha de los hechos que resulta en la discriminación: _____

Identificar la categoría de la Discriminación:

Carrera _____ **color de** _____ **Origen nacional** _____ **Invalidez** _____

Describe cómo fue discriminado. Lo que pasó y quién fue el responsable? Si se necesita espacio adicional, por favor utilice o bien el reverso del formulario o adjuntar hojas adicionales a la forma.

¿Esta queja involucra a un individuo específico (s) asociado con DRPT? En caso afirmativo, indique el nombre (s) de la persona (s), si se conoce.

¿De dónde vino el incidente ocurrió?

¿Hay algún testigo? Si es así, por favor proporcione su información de contacto:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono no.: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono no.: _____

¿Usted presentó esta queja con otro federal, estatal o local; o con un tribunal federal o estatal?

Sí

No

Si la respuesta es Sí, marque cada queja presentada ante la agencia fue:

Agencia Federal

Corte federal

Agencia del estado

Corte del Estado

Agencia local

Otro

Sírvanse proporcionar información persona de contacto para la agencia también se presentó la queja con:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dato archivado: _____

Firme la demanda en el espacio a continuación. Adjunte los documentos que considere apropiado para respaldar su reclamo.

Firma del reclamante Fecha de firma