

# Condado de Thomas zona de tránsito

## Formulario de Denuncia

<b>Sección I:</b>				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono (Hogar):			Teléfono (Trabajo):	
Correo Electrónico:				
Formato Accesible requerido?	Letra grande		Cinta de audio	
	DDS		Otro	
<b>Sección II:</b>				
Está llenando este formulario de queja por su propia cuenta?			Si*	No
*Si contest "si" a esta pregunta, continúe a la Sección III				
Si no, suministre el nombre y relación de la persona para quien pertenece la queja:				
Explique la razón por la cual a suministrado por un tercero:				
Please confirm that you have obtained the permission of the aggrieved party if you are filing on behalf of a third party.			Si	No
<b>Sección III:</b>				
Tengo entendido que la discriminación que experimenté fue basado en (marque todo lo que corresponda):				
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Familia or Estado religioso <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____				
Fecha de la presunta discriminación (Mes, Día, Año): _____				
Explique con claridad lo sucedido y porque usted cree que fue discriminado. Describa a todas aquellas personas involucrados. Incluya el nombre e información de contacto de las personas a las cuales sufrieron discriminación (si se sabe). Incluya también nombres e información de cualquier testigo(s). Si requiere más espacio, utilice la parte posterior de este formulario.				
_____				
_____				
<b>Sección IV:</b>				
Previamente, ha presentado una denuncia al título IV con esta agencia?			Si	No

