



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DEL TÍTULO VI

El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 requiere que "Ninguna persona en los Estados Unidos, por motivos de raza, color o origen nacional, sea excluida de la participación, se le nieguen los beneficios o sea sometida a discriminación en cualquier programa o actividad que reciba asistencia financiera federal." Si desea presentar una queja del Título VI de La Ciudad de Kingsburg, por favor complete la siguiente información y envíe este formulario a:

City of Kingsburg
1401 Draper Street
Kingsburg, CA 93631
(559) 897-5821
dgalvez@cityofkingsburg-ca.gov

Nombre:

Domicilio:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Móvil:

Casa:

Nombre, título y descripción de la(s) persona(s) que presuntamente le ha(n) discriminado:

Marque la(s) cajas(s) correspondiente(s) al tipo de discriminación experimentada:

| | | | | | |
|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | Raza | <input type="checkbox"/> | Sexo | <input type="checkbox"/> | Religión |
| <input type="checkbox"/> | Color | <input type="checkbox"/> | Edad | <input type="checkbox"/> | Orientación Sexual |
| <input type="checkbox"/> | Origen National | <input type="checkbox"/> | Discapacidad | <input type="checkbox"/> | Identidad de Género |
| <input type="checkbox"/> | Otros (Por Favor, Descríbalos): | | | | |

Fecha(s) en que los presuntos hechos pasaron:

Lugar(es) donde los presuntos hechos pasaron:

¿Sigue la presunta discriminación?

City of Kingsburg



Con sus propias palabras, describa la presunta discriminación, explique lo sucedido y quién cree que es el responsable:

Indique las personas con las que podemos ponernos en contacto para obtener información adicional para su reclamación:

¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, agencia estatal, tribunal federal o tribunal estatal?

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

Agencia Federal
Agencia Estatal

Tribunal Federal
Tribunal Estatal

Por favor indique el nombre, el número de teléfono y el correo electrónico de las personas de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la reclamación:

Por favor firme y feche este formulario en las líneas indicadas a continuación. Si necesita espacio adicional para proporcionar información sobre esta reclamación, adjunte la información adicional a este formulario.

Firma:

Fecha:
