

City of Coral Springs
Title VI / ADA Programa Querrela de Discriminacion

Nombre del querellante:	Dirección:
Número de teléfono:	

Nombre, dirección, teléfono y relación (ej. amigo, abogado, pariente, etc.) del Representante del querellante:

Nombre y dirección de la Agencia, Institución, o Departamento que usted alega discrimino en su contra:

Nombre(s) del Individuo(s) Quien(es) Usted Alega Discrimino (naron) Contra Usted Si lo(s) Conoce:

Razón de la discriminación:	Fecha de la alegada discriminación.
-----------------------------	-------------------------------------

- Raza Color Origen Nacional
- Sexo Edad Incapacidad/Impedimento Físico
- Status de Ingreso Represalia Otro

Favor de indicar el nombre (s) y número(s) de teléfono(s) de alguna persona(s) que el Departamento de Transporte puede comunicarse para información adicional que clarifique o respalde su alegación o alegaciones.

Favor de explicar tan claro como sea posible, **como, porque, cuando y donde** usted cree que fue discriminado. Incluya suficiente información acerca de los antecedentes según le sea posible, de los alegados actos de discrimen. Puede añadir paginas adicionales, si es necesario.

Firma del Querellante(s) o su Representante:	Fecha:
--	--------