



Oficina del Secretario de Estado de Tennessee

Coordinador de Título VI

División de Servicios Fiscales y Administrativos

312 Rosa L. Parks Avenue, 7th Floor

Nashville, TN 37243

Fax: (615) 532-9547 ♦ Email: SOS.TitleVI@tn.gov



Formulario de Queja sobre Discriminación del Título VI

Cualquier persona que alegue discriminación en base a raza, color, o nacionalidad de origen tiene el derecho a presentar una queja dentro de 180 días del supuesto acto discriminatorio. A la discreción del demandante, la queja puede ser presentada ante la Comisión de Derechos Humanos de Tennessee o el Oficina del Secretario de Estado de Tennessee. Si es presentada ante el Oficina del Secretario de Estado de Tennessee, la queja debe dirigirse a la atención del Coordinador del Título VI de Servicios Fiscales y Administrativos.

Todas las quejas, tanto escritas como verbales, deben ser aceptadas. En el caso de que un querellante establezca las alegaciones verbalmente y rehuse reducir tales alegaciones a escritura, el Coordinador del Título VI de Servicios Fiscales y Administrativos debe reducir los elementos de la queja a escritura.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL QUERELLANTE <i>Por favor, proporcione su nombre e información de contacto.</i>	
Nombre:	
Dirección:	
Ciudad:	
Estado:	Código Postal:
Condado:	
Teléfono de Casa:	Teléfono Celular:
Dirección de Correo Electrónico:	
Fecha de Nacimiento:	

BASE DE LA QUEJA DISCRIMINATORIA <i>Por favor, especifique en las categorías que marcó.</i>		
Raza:	Nacionalidad de Origen:	Color:

¿CUÁNDO OCURRIÓ(ERON) LA(LAS) ACCIÓN(ES) DISCRIMINATORIA(S)? <i>Por favor, proporcione las fechas de los actos alegados.</i>
Fecha de Inicio del Acto Alegado:
Fecha de Final del Acto Alegado:
¿El Acto Alegado continúa? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

INFORMACIÓN DEL CONTACTO

*Por favor proporcione el nombre e información de contacto de la **persona** que Ud. cree que discriminó en su contra.*

Nombre:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Condado:

Número de Teléfono:

INFORMACIÓN DEL CONTATO

*Por favor proporcione el nombre e información de contacto de la **entidad** que Ud. cree que discriminó en su contra.*

Nombre de Entidad:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Condado:

Número de Teléfono:

CUÉNTENOS QUÉ PASÓ

En sus propias palabras, cuéntenos qué pasó. Proporcione fechas, si corresponde, y describa cómo fue tratado de manera diferente a los demás. Si es necesario utilice más papel.

DINOS QUÉ SUCEDIÓ (CONTINUACIÓN)

Por favor firme abajo para confirmar que la información introducida en la queja es veraz y correcta.

Firma del Querellante

Fecha

TESTIGOS

Por favor indique cualquier persona que pueda tener información que respalde o clarifique su queja. Incluya tanta información como sea posible. Use papel adicional si fuera necesario.

Testigo #1:

Nombre:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Número de Teléfono:

Testigo #2:

Nombre:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Número de Teléfono:

Testigo #3:

Nombre:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Número de Teléfono:

Testigo #4:

Nombre:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Número de Teléfono:

Testigo #5:

Nombre:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Número de Teléfono:

Testigo #6:

Nombre:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Número de Teléfono: