

CONDADO DE ROANOKE
TÍTULO II DE LA LEY DE ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES
ARTÍCULO 504 DE LA LEY DE REHABILITACIÓN DE 1973
FORMULARIO DE QUEJA DE DISCRIMINACIÓN

Please complete la siguiente información para procesar su queja. El formulario debe completarse completamente imprimiendo o escribiendo. Recuerde firmar el formulario y regresar a la dirección a continuación. La asistencia está disponible bajo petición.

Complete este formulario y envíelo por correo o entréguelo a:

Condado de Roanoke
Departamento de Recursos Humanos
APARTADO DE CORREOS 29800
5204 Bernard Drive
Roanoke, Virginia 24018

Puede comunicarse con nuestra oficina de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm al (540) 772-2018, o puede enviar un correo electrónico a humanresources@roanokecountyva.gov.

Nombre del denunciante: _____
Dirección postal: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono residencial: _____ Teléfono celular: _____
Dirección de correo electrónico: _____

Persona discriminada (si no es denunciante):

Nombre: _____
Dirección postal: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono residencial: _____ Teléfono celular: _____
Dirección de correo electrónico: _____

Sírvase proporcionar información sobre el Gobierno, el departamento, la institución, el organismo o la persona que considere que ha realizado un acto discriminatorio.

Nombre: _____
Dirección postal: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono residencial: _____ Teléfono celular: _____
Dirección de correo electrónico: _____

¿Cuándo ocurrió la discriminación?

Fecha: _____ Hora: _____

¿Dónde se produjo la discriminación?

Describir los actos de discriminación proporcionando nombres (cuando sea posible) de las personas junto con detalles del incidente, incluyendo tantos detalles como sea posible. Sise requiere espacio adicional, por favor adjunte hojas adicionales a este formulario.

¿Se ha presentado la queja ante el Departamento de Justicia, o cualquier otra agencia o tribunal federal, estatal o local de derechos civiles?

En caso afirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información:

Agencia o Tribunal: _____

Persona de contacto: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de presentación: _____

Firma la queja en el espacio de abajo. Adjunte cualquier documento que crea que respalda su queja.

Firma del demandante

Fecha de firma del demandante