



TITLE VI DISCRIMINATION COMPLAINT FORM

Instrucciones: Favor de llenar este formulario completamente con tinta azul o negra. Firme y envíe al Coordinador del Título VI, Departamento de Recursos Humanos, 5204 Bernard Dr., Roanoke, VA 24018. Si Ud. requiere ayuda con su queja, llame al (540) 777-2018 y oprima 0.

NO ES NECESARIO UTILIZAR ESTE FORMULARIO PARA PRESENTAR SU QUEJA.

Nombre del denunciante: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Si un representante autorizado presenta esta denuncia en nombre de otra persona, incluye su información.

Nombre del representante: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Por favor, infórmanos la(s) razón(es) por la(s) que considera que se tomaron estas acciones discriminatorias (raza, origen étnico, origen nacional u otra categoría protegida).

Fecha del incidente: _____ Hora del incidente: _____

Sitio donde el incidente ocurrió: _____

Explique su queja detalladamente: _____

¿Qué solución busca por la presunta discriminación? _____

Si el incidente involucró a un empleado del condado de Roanoke, indique su nombre: _____

Nombres y preferencia de comunicación de testigos: _____

Si su queja se presenta en nombre de un grupo de personas, incluye los nombres de todos los denunciantes:

Firma del denunciante: _____ Fecha: _____

Firma del representante autorizado: _____ Fecha: _____