

Título VI / Denuncia de Discriminación

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:	<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Origen Nacional
	<input type="checkbox"/> Sexo	<input type="checkbox"/> Edad	<input type="checkbox"/> Incapacidad/Impedimento Físico
	<input type="checkbox"/> Status de Ingreso	<input type="checkbox"/> Represalia	<input type="checkbox"/> Otro
			Fecha de la alegada discriminación.
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:

Incluir cualquier material relacionado con su queja
Envíe este formulario en persona a la dirección que figura a continuación o envíelo por correo

Fresh Start of Miami-Dade, Inc.
18441 NW 2nd Avenue, Suite 106-108
Miami Gardens, FL 33169