

8. Describe how you were discriminated against. What happened and who was responsible? For additional space, attach additional sheets of paper or use back of form.

9. Did you file this complaint with another federal, state or local agency, or with a federal or state court? (Check the appropriate space) Yes No

If your answer is yes, check each agency that a complaint was filed with:

Federal Agency

Federal Court

State Agency

State Court

Local Agency

Other

10. Provide the contact person information for the agency you also filed the complaint with:

Name: _____

Street Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Date Filed: _____

11. Sign below and be sure to attach or provide any supporting information that you believe may support your claim.

Complainant's Signature

Signature Date

City of Fallon

Título VI denuncia forma

Título VI de la ley de derechos civiles de 1964 Estados "ninguna persona en los Estados Unidos, por razón de raza, color u origen nacional, excluida de la participación en, ser negada los beneficios de o ser objeto de discriminación bajo cualquier programa o actividad recibiendo asistencia financiera federal". Dos órdenes ejecutivas extender las protecciones del título VI a la justicia ambiental, que también protege a las personas de bajos ingresos y habilidad limitada de inglés (LEP). Por favor proporcione la siguiente información necesaria para procesar su queja. Asistencia está disponible a petición. Complete este formulario y correo o entregar: City of Fallon, Derek Zimney, 55 West Williams, Fallon, NV 89406.

1. El nombre del Querellante (por favor imprima): _____

2. Domicillio: _____

3. Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

4. Numero de telefono (Casa): _____ (Cell): _____

5. Persona discriminada (si no es querellante)

Nombre (por favor imprima): _____

Domicillio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Numero de telefono (Home): _____ (Cell): _____

6. ¿Qué se basa la discriminación? (Marque todas las que apliquen):

Raze

Color de Piel

Pais de Origen

7. Fecha de incidente dando lugar a la discriminación: ____/____/____.

8. Describir cómo fueron discriminados. ¿Lo que pasó y quién fue el responsable? Para espacio adicional, adjuntar hojas adicionales de papel o la parte posterior del formulario.

9. ¿Presentó esta denuncia con otro federal, estatal o agencia local; o ante un tribunal federal o estatal. (Compruebe el espacio correspondiente) Sí No

Si tu respuesta es Sí, compruebe cada agencia que una denuncia con:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agencia Federal | <input type="checkbox"/> Corte Federal Court | <input type="checkbox"/> Agencia Estatal |
| <input type="checkbox"/> Corte Estatal | <input type="checkbox"/> Agencia Local | <input type="checkbox"/> Otro |

10. Proporcionar la información de contacto para la agencia que también presentó la

denuncia ante: Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado : _____Codigo Postal: _____

Fecha de archivo: _____

Firmar a continuación y asegúrese de fijar o proporcionar cualquier información de apoyo que usted cree puede apoyar su reclamo.

Firma del Querellante

Fecha