



Departamento de Tesorería de Tennessee

Human Resources Department
Andrew Jackson Building
502 Deaderick Street
Nashville, TN 37243

Office: (615) 253-8769 ♦ Fax: (615) 741-0996



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 Departamento de Tesorería de Tennessee. Si es presentada ante el Departamento de Tesorería, la queja debe dirigirse a la atención del Coordinador del Título VI de Recursos Humanos.

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 Recursos Humanos debe reducir los elementos de la queja a escritura.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL QUERELLANTE

Por favor, proporcione su nombre e información.

Nombre:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Condado:

Teléfono de Casa:

Teléfono Celular:

Dirección de Correo Electrónico:

Fecha de Nacimiento:

BASE DE LA QUEJA DISCRIMINATORIA

Por favor, especifique en las categorías que marcó.

Raza:

Nacionalidad de Origen:

Color:

¿CUÁNDO OCURRIÓ(ERON) LA(LAS) ACCIÓN(ES) DISCRIMINATORIA(S)?

Por favor, proporcione las fechas de los actos alegados.

Fecha de Inicio del Acto Alegado:

Fecha de Final del Acto Alegado:

¿El Acto Alegado continúa? SÍ 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 corresponden, y describa cómo otros fueron tratados de una manera diferente que Ud. Use papel adicional si sea necesario.

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 enumere cualquier individuo 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: