

Procedimiento de Queja sin discriminación

El Formulario de queja por discriminación del agency name

- Pagina web de la agencia
- Copia impresa localizada en la oficina central

Cualquier persona, grupo de individuos o entidad que crea haber sido objeto de discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad o discapacidad por el agency name puede presentar la queja llenando y enviando este formulario de queja por discriminación a la agencia correspondiente. (Este documento debe ser enviado a la dirección. Presente la queja inicial con person/title receiving complaint en agency name.)

Cualquier individuo que haya presentado o participado en la investigación de alguna queja no debe ser sujeto a ninguna forma de intimidación o represalia. Aquel individuo que considere que haya sido sujeto a intimidación o represalias puede llenar un formulario de queja para represalias siguiendo este mismo procedimiento..

Esta queja deberá ser presentada a la Oficina de Programas de Cumplimiento del agency name en un periodo de no mas de 180 días después de lo siguiente:

1. La fecha del presunto acto de discriminación
2. La fecha en la que la persona (s) se percataron del presunto acto de discriminación
3. Cuando se ha detectado que el acto de discriminación se ha convertido en una conducta repetitiva. En estos casos se incluiría la fecha del último acontecimiento.

Una vez que se reciba la queja, la oficina de agency name lo revisará para determinar si nuestra oficina tiene jurisdicción. El demandante recibirá una carta de notificación comunicando si la queja será investigada por nuestra oficina.

El/La coordinadora de la oficina de agency name tendrá 45 días para investigar la queja. Si se necesita más información para resolver el caso, el (la) Coordinador (a) podría contactar al demandante.

Después de que el/la Coordinador revise la queja, emitirá una de dos (2) cartas al demandante

- Una carta de cierre resumiendo las alegaciones del caso en la cual indicará que no hubo una violación de discriminación y por tal motivo el caso será cerrado.
- Una carta de hallazgo resumiendo las alegaciones y las entrevistas sobre el supuesto incidente en esta misma carta se le explicará al demandante si se llevará a cabo alguna acción disciplinaria, entrenamiento adicional al personal o se tomará alguna otra acción necesaria.

Si el demandante desea apelar la decisión, el tendrá 180 días después de la fecha marcada en la carta de cierre o de la carta de hallazgo para hacerlo. El/la Coordinador, Cynthia Douglas (225) 379-1923, del

Titulo VI / ADA analizara los hechos del caso y emitirá su conclusión al apelante en un periodo de 60 días después de haber recibido La apelación.

Si necesita información en otro idioma, póngase en contacto con XXX-XXX-XXXX.

Agency Name, Agency Address

Agency Contact Person, Title of Contact Person

No discriminación Complaint Form

Formato de Reclamo de discriminación del agency name	
Sección I:	
Nombre: _____	
Dirección: _____	
Teléfono (Casa/Celular): _____	Teléfono (Trabajo): _____
Dirección de correo electrónico: _____	
Sección II:	
Está usted presentando esta queja personalmente: Sí o No o	
* Si usted contestó "sí" a esta pregunta, pase a la Sección III.	
Si su respuesta es "no", por favor escribe el nombre y la relación de la persona que está presentando la queja en contra:	Nombre: _____ Relación: _____
Si usted está presentando una queja de parte de otra persona, por favor, explique porqué en el	

siguiente espacio:

¿Se ha obtenido el permiso de la parte perjudicada, si usted está presentando en nombre de un tercero: **Sí** **No**

Sección III:

Creo que la discriminación que experimenté fue basada en (marque todo lo que corresponda):

Raza **Color** **Origen Nacional** **Discapacidad**

Fecha de la discriminación alegada (Mes, Día, Año):

Date: _____

Explique, lo más claramente posible, lo que sucedió y porqué usted cree que fue discriminado. Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que lo discrimino (si se conoce), así como los nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, adjunte hojas adicionales a este formulario:

Sección IV

Ha previamente presentado una queja de discriminación con el agency name?

Sí **No**

Sección V

¿Ha presentado esta queja con cualquier otro federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal?

Sí **No**

En caso afirmativo, marque el nombre de todas las que correspondan:

Agencia Federal: _____

Tribunal Federal: _____

Agencia Estatal: _____

Tribunal Estatal: _____

Agencia local : _____

Sírvanse proporcionar información acerca de una persona de contacto en la corte / entidad donde se presentó la queja.

Nombre: _____

Título: _____

Agencia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Sección VI

Nombre de la agencia/compañía de queja es contra: _____

Persona de contacto: _____

Título: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.

Firma y fecha requeridas a continuación

Firma

Fecha

Si se necesita información en otro idioma, póngase en contacto con **XXX-XXX-XXXX**.

Envíe este formulario en persona a la dirección que aparece a continuación, o envíe este formulario por correo a:

Agency Name

Agency Contact Person, Title of Contact Person

Agency Address