

APPENDIX H

National Origin Discrimination Complaint Form-Spanish
FORMULARIO DE QUEJA POR DESCRIMINACION POR ORIGEN NACIONAL

Instrucciones: Complete y firme este formulario y el formulario de consentimiento de divulgación adjunto, luego envíelo por correo electrónico O envíelo por correo a la oficina del oficial del Gobierno de Lexington Condado Urbano de Fayette (LFUCG, Por sus siglas en inglés) a:

Isabel G. Taylor
itaylor@lexingtonky.gov
1306 Versailles Rd, Suite 110
Lexington, KY 40504

Sec.1. INFORMACION DEL DENUNCIANTE

Nombre: _____ email: _____

Dirección: _____
Código Postal _____ # Celular: (____) _____
Trabajo: (____) _____

Persona(s) discriminada(s), si es diferente a la de arriba:

Nombre: _____ e-mail: _____

Dirección: _____
Código Postal _____

Celular: (____) _____ # Trabajo: (____) _____

Por favor explique su relación con esta (s) persona (s). _____

Sec. 2. DETALLES DE LA QUEJA

(a) Departamento, programa, o agencia subcontratada o programa causante de la discriminación:

Nombre: _____

Dirección: _____

Código Postal _____

Celular: (____) _____ Tel. Trabajo: (____) _____

(b) ¿Su queja es por discriminación en el acceso a un programa o en la prestación de servicios o por otras acciones discriminatorias por parte de un departamento de LFUCG, o una agencia subcontratada en su trato hacia usted u otras personas? Si es así, indique abajo la(s) razón(es) por la(s) que considera que se tomaron estas acciones discriminatorias.

___ Raza/Origen étnico: _____
___ Origen nacional: _____
___ Sexo: _____
___ Religión: _____
___ Discapacidad: _____

(c) ¿Cuál es la hora y el lugar más conveniente para que nos comuniquemos con usted sobre esta queja? _____

(d) ¿En qué fecha (s) tuvo lugar la discriminación? _____

Si corresponde, fecha del primer incidente de discriminación: _

Fecha del incidente de discriminación más reciente: _

(e) Las quejas por discriminación deben presentarse por lo general, en un periodo de 180 días a partir de la presunta discriminación. Si el incidente de discriminación más reciente, que se menciona anteriormente, ocurrió hace más de 180 días, puede solicitar una exención de la solicitud de presentación. Si desea solicitar dicha exención, explique la razón por la que esperó hasta ahora para presentar su queja, y el Gobierno de Lexington Condado Urbano de Fayette (LFUCG) evaluará la explicación y decidirá si una exención es apropiada.

—

—

—

(f) Explique por favor, de la manera más clara y detallada posible, lo qué sucedió, dónde y

cuándo sucedió, la razón por la que cree que sucedió y cómo ocurrió la discriminación. Indique quién estuvo involucrado. Asegúrese de indicar la manera en que otras personas recibieron un trato diferente al suyo o a las personas en cuestión. **(Utilice hojas adicionales si es necesario y adjunte una copia de los materiales escritos pertinentes relacionados con su caso).**

(g) El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, 42 U.S.C. §§ 2000d - 2000d7 y la sección relativa a la no discriminación en la Ley Ómnibus de Control de Delitos y de Calles Seguras de 1968, 28 USC§ 3789d (c), prohíbe que los beneficiarios de fondos federales intimiden o tomen represalias en contra de cualquier persona debido a que él o ella ha tomado medidas o ha participado en una acción para garantizar los derechos protegidos por estas leyes. Si usted cree que ha sido objeto de represalias (además de la discriminación denunciada en el # 10), explique abajo, de la manera más clara y detallada posible, las circunstancias. Asegúrese de explicar qué acciones tomó que cree que fueron la base de la presunta represalia.

(h) Por favor indique a continuación cualquier persona (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros), si los conoce, a quienes podamos contactar para obtener información adicional para respaldar o aclarar su queja.

Nombre	Dirección	Código Posta/Teléfono
--------	-----------	-----------------------

- (i) ¿Tiene alguna otra información que considere pertinente para nuestra investigación sobre su queja por discriminación?

- (j) Que solución sugiere?

- (k) ¿Ha presentado usted (o la persona discriminada) la misma o cualquier otra queja ante otras oficinas del Gobierno de Lexington Condado Urbano de Fayette o en otras agencias federales?

Si____, No____

Si es así, ¿recuerda el número de la denuncia?

¿En contra de qué agencia, departamento o programa se presentó dicha queja?

Dirección: _____

_____ Código Postal _____

Teléfono: (_____) _____

Fecha de presentación _____

Presentada en contra de: _____

Nombre de la persona que recibió la queja: _____

Brevemente, ¿en qué consistía la queja?

¿Cuál fue el resultado?

- (l) * No podemos aceptar una queja que no está firmada. Firme y feche este Formulario de queja a continuación.

(Firma)

(Fecha)

(SOLO PARA USO DE LA OFICINA)

FOR OFFICE USE ONLY

Date Complaint Received: _____ **Case Number:** _____**Sent by:** _____**Dept., Div. and/or Program:** _____**Referred to LFUCG:****Date Referred:** __________
Director of Grants (_____)_____
Department Commissioner (_____)_____
CAO_____
Human Resources (_____)_____
Law Department (_____)_____
Other: (_____)

Recommendation attached, if any: _____ Yes _____ No

Necesitaremos su consentimiento para revelar su nombre, si fuera necesario, en el transcurso de cualquier investigación. Por favor firme y feche el formulario de consentimiento. (Si está presentando esta denuncia en nombre de una persona que, usted alega que ha sido discriminada, en la mayoría de los casos necesitaremos un Formulario de Consentimiento firmado por esa persona). Por favor envíe por correo o correo electrónico el formulario de la denuncia por discriminación relleno y firmado y el formulario de consentimiento firmado, como es indicado arriba (haga una copia de cada uno para sus registros).

¿Cómo se enteró de que podía presentar esta queja?

SPANISH COMPLAINANT CONSENT/RELEASE FORMFORMULARIO DE CONSENTIMIENTO / AUTORIZACION DE DIVULGACION

Nombre del denunciante _____

E-mail: _____ Dirección: _____

Número (s) de denuncia (s): si lo(s) conoce)
_____*Por favor, lea la siguiente información, marque la casilla correspondiente y firme el formulario.*

He leído el Aviso sobre usos de Información Personal para efectos de investigación, Publicado por LFUCG. Como denunciante, entiendo que en el curso de una investigación puede ser necesario que LFUCG revele mi identidad a personas en la organización o institución que se encuentra bajo investigación. También estoy consciente de las obligaciones que tiene LFUCG de cumplir con las peticiones de la Ley de Libre Acceso a la Información. Entiendo que puede ser necesario que LFUCG divulgue información que ha sido recopilada como parte de su investigación de mi denuncia, la cual incluye detalles que pueden revelar la identidad personal. Además, entiendo que, como denunciante, estoy protegido por los reglamentos en contra la intimidación o las represalias por haber tomado medidas o participado en acciones para garantizar los derechos protegidos por los estatutos de no discriminación.

CONSENTIMIENTO / DIVULGACIÓN

CONSENTIMIENTO OTORGADO - He leído y entiendo la información previamente presentada y autorizo a LFUCG a revelar mi identidad a personas en la organización o institución que se encuentra bajo investigación. Por la presente autorizo a LFUCG a recibir material e información que se utilizarán para actividades autorizadas para hacer valer y cumplir con los derechos civiles. Además, entiendo que no estoy obligado a autorizar esta divulgación, y que lo hago voluntariamente.

CONSENTIMIENTO DENEGADO - He leído y entiendo la información previamente presentada y no quiero que LFUCG revele mi identidad a la organización o institución que se encuentra bajo investigación, ni que revise, hable o reciba copias, material e información sobre mí que sean pertinentes a la investigación de mi queja. Entiendo que esta acción probablemente impida que se realice la investigación de mi queja y que pueda resultar en el cierre de la investigación.

FIRMA_____
FECHA