

## Complaint Form in Spanish

<b>Sección I:</b>		
Nombre:		
Dirección:		
Teléfono (Residencial):	Teléfono Secundario(Opcional):	
Correo Electrónico:		
<b>Sección II:</b>		
¿Está usted presentando esta queja en nombre propio?	Sí*	No
<i>*Si usted ha contestado "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.</i>		
Si su respuesta es "no", por favor provea el nombre y relación con la persona para la cual usted presenta la queja.		
Por favor explique la razón que usted presenta esta queja en nombre de otra persona: _____		
Si usted está presentando una queja de parte de otra persona, por favor confirme que usted ha obtenido el permiso de la persona perjudicada.	Sí	No
<b>Sección III:</b>		
Creo que la discriminación de la que fui objeto se basó en (marque todos que correspondan): <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Colór <input type="checkbox"/> Orígen Nacional Fecha de la supuesta discriminación (Mes, Día, Año): _____ Explique lo más claro posible que lo que sucedió y por qué usted cree que fue objeto de discriminación. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre e información de contacto de la(s) persona(s) que lo discriminaron (si los conoce) así como los nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, por favor use la parte del dorso lado del formulario o adjunte hojas adicionales. _____ _____		
<b>Sección IV:</b>		
¿Ha presentado anteriormente una queja del Título VI con SANTA ROSA COUNTY?	Sí	No
<b>Sección V:</b>		
¿Ha presentado una queja ante otra agencia Federal, Estatal, Local, o ante cualquier otra agencia Federal o Corte Estatal?		

Sí  No

Si usted contesta que "sí", marque todas las opciones que correspondan:

Agencia Federal: \_\_\_\_\_

Corte Federal \_\_\_\_\_

Agencia Estatal \_\_\_\_\_

Corte Estatal \_\_\_\_\_

Agencia Local \_\_\_\_\_

Favor de proporcionar la información acerca de una persona de contacto en la agencia donde se presentó la queja.

**Nombre:**

**Posición:**

**Agencia:**

**Dirección:**

**Teléfono:**

**Sección VI:**

Nombre de la Agencia de Tránsito contra la que se presenta la queja:

Persona de contacto:

Posición:

Teléfono:

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

Se requiere firma y fecha abajo para completar este formulario:

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha

Favor de presentar este formulario en persona o enviarlo por correo a la siguiente dirección:

DeVann Cook, Title VI Coordinator  
6495 Caroline Street, Suite I  
Milton, FL 32570  
850-983-1863