

Título vi Lextran formulario de reclamación

Sección I:

Nombre:					
Dirección:					
Teléfono (casa)			Teléfono (trabajo)		
Teléfono (celular)					
Correo electrónico:					
Requisitos de formato accesible	<input type="checkbox"/>	letras de imprenta	<input type="checkbox"/>	de audio	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Dispositivo de telecomunicaciones para sordos	<input type="checkbox"/>	otro	<input type="checkbox"/>

Sección II:

¿Es usted de presentación de la reclamación en su propio nombre				<input type="checkbox"/>	* Sí	<input type="checkbox"/>	No
* Si usted contestó "sí" a esta pregunta ir a sección iii							
si no es así, por favor proporcione el nombre y la relación de la persona para la que usted se representando:							
Por favor, explique por qué se han presentado para un tercero							
por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte perjudicada si va a presentar en nombre de un tercero.				<input type="checkbox"/>	* Sí	<input type="checkbox"/>	No

Sección III:

creo que la discriminación que he experimentado fue basado en (marque todo lo que aplique):

Raza
 Color
 Origen Nacional

Date of Alleged Discrimination (Month, Day, Year): _____

explicar lo más claramente posible lo que ocurrió y por qué usted cree que se discrimina contra. describir todas las personas que han participado. incluir el nombre y la información de contacto de la persona o personas que discriminan a usted si se conoce así como los nombres y la información de contacto de los testigos. si se necesita más espacio, utilice la parte de atrás de este formulario

Sección IV:

¿ha anteriormente ha presentado un título vi denuncia con esta agencia	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
--	--------------------------	----	--------------------------	----

Sección V:

Nombre del organismo denuncia es contra:
persona de contacto:
Título:
número de teléfono :
<p> puede adjuntar cualquier material escrito o de otro tipo de información que considere relevante para su reclamación y adjuntar cualquier material escrito o de otro tipo de información que considere relevante para su reclamación.</p>

Firma y fecha requerida a continuación

Firma	Fecha
-------	-------

Por favor, envíe este formulario en persona en la dirección indicada más abajo, o este documento por correo a:

Título vi Lextran coordinador • 200 W. Loudon Avenue • Lexington Ky 40508