

**El Gobierno Unificado del Condado de Athens-Clarke, Georgia**  
**Formulario de Queja Título VI**

Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 establece que "Ninguna persona en los Estados Unidos, por motivos de raza, color u origen nacional, ser excluida de participar en, ser negado los beneficios de, o ser objeto de discriminación bajo cualquier programa o actividad que reciba asistencia financiera federal ".

Nota: La siguiente información es necesaria para ayudar al Gobierno Unificado del Condado de Athens-Clarke (ACCUG) en la tramitación de su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, por favor póngase en contacto con el Coordinador del Título VI. Completar y devolver este formulario a Stephanie Maddox, Oficina de Analisis Operacional, Título VI Coordinador, City Hall, 301 College Avenue, Athens, Georgia 30605.

1. Nombre del demandante \_\_\_\_\_
2. Address \_\_\_\_\_
3. Ciudad, Estado y Código Postal Code \_\_\_\_\_
4. Teléfono(casa) \_\_\_\_\_ (negocio) \_\_\_\_\_
5. Persona discriminado (si alguien que no sea el demandante)  
Nombre \_\_\_\_\_  
Address \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado y Código Postal \_\_\_\_\_
6. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la razón por la que cree que se produjo la discriminación? ¿Fue por su:  
a. Raza / color \_\_\_\_\_  
b. Nacional Origin \_\_\_\_\_  
c. otro \_\_\_\_\_
7. ¿En qué fecha la supuesta discriminación se llevan a cabo? \_\_\_\_\_
8. En sus propias palabras, describir la supuesta discriminación. Explique lo que pasó y quien considera que fue responsable. Utilice el reverso de este formulario si necesita más espacio.

\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

9. ¿Ha presentado esta queja con cualquier otro federal, estatal o local; o con cualquier corte federal o estatal? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

\_\_\_\_\_ Agencia Federal \_\_\_\_\_ Corte Federal Agencia \_\_\_\_\_ State Corte  
\_\_\_\_\_ State agencia \_\_\_\_\_ Agencia Local

10. Sírvanse proporcionar información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la denuncia.

Name \_\_\_\_\_  
Address \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado y código postal \_\_\_\_\_  
Número de teléfono \_\_\_\_\_

11. Por favor, firme abajo. Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que usted piensa que es relevante para su queja.

\_\_\_\_\_  
Del demandante Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha