



## FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DEL TÍTULO VI

El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, 49 U.S.C. 47123, y la Ley de Discriminación por Edad de 1975 (Leyes de Derechos Civiles) prohíben la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, credo, sexo o edad en cualquier programa o actividad que reciba ayuda financiera federal.

Por favor, proporcione la siguiente información necesaria para procesar su querrela. Asistencia disponible a petición. Complete este formulario y envíelo por correo o entréguelo a

La Oficina de Participación Comunitaria,  
Director del programa de acceso a las lenguas  
150 N. Capitol Blvd. Boise, ID 83702

Teléfono: (208) 972-8493

Correo electrónico: [communityengagement@cityofboise.org](mailto:communityengagement@cityofboise.org)

### INFORMACIÓN DEL QUERELLANTE

Nombre del querellante (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Persona discriminada (si no es el querellante)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿En qué se basó la discriminación?

- |                                |  |  |                                |
|--------------------------------|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Raza  | <input type="checkbox"/> Ingresos bajos  | <input type="checkbox"/> Sexo                        | <input type="checkbox"/> Credo |
| <input type="checkbox"/> Color | <input type="checkbox"/> Origen nacional | <input type="checkbox"/> Dominio limitado del inglés |                                |

Fecha del incidente que dio lugar a la discriminación: \_\_\_\_\_

Describe cómo fue discriminado. ¿Qué ocurrió y quién fue el responsable? Para obtener más espacio, adjunte hojas adicionales.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

¿Qué representantes de la ciudad de Boise alega el querellante que estuvieron involucrados? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Dónde ocurrió el incidente? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### CONTACTOS/TESTIGOS DE APOYO

Por favor, facilite la información de contacto.

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Números de teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Negocios) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Números de teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Negocios) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Números de teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Negocios) \_\_\_\_\_

¿Ha presentado esta queja ante otro organismo federal, estatal o local, o ante un tribunal federal o estatal? Marque el espacio correspondiente  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, marque cada uno de los organismos ante los que se presentó la querella:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Agencia Federal     | <input type="checkbox"/> Tribunal Federal | <input type="checkbox"/> Agencia Estatal |
| <input type="checkbox"/> Tribunal del Estado | <input type="checkbox"/> Agencia local    | <input type="checkbox"/> Otros           |

Proporcione la información de contacto del organismo al que presentó la querella:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Fecha de presentación: \_\_\_\_\_

Firme la reclamación en el espacio siguiente. Adjunte cualquier documento que crea que apoya su querella

\_\_\_\_\_  
*Firma del querellante*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*