

Gobierno del Condado Hamilton

Título VI

Demanda de Discriminación

---

*Para poder ayudarle adecuadamente con los trámites de su demanda, necesitamos la información a continuación:*

1. Nombre y Apellidos del Demandador  
Domicilio                      Ciudad,                      Estado,                      Código Postal  
Número de Teléfono (en domicilio)                      (en lugar de empleo)  
Dirección de Correo Electrónico
2. Persona a quien se discriminó (si es alguien que no es el demandador)  
Domicilio                      Ciudad,                      Estado,                      Código Postal  
Número de Teléfono (en domicilio)                      (en lugar de empleo)
3. Nombre y ubicación del departamento del Condado o de la agencia que, en su opinión, discriminó contra usted.  
Dirección                      Ciudad,                      Estado,                      Código Postal  
Número de Teléfono (en domicilio)                      (en lugar de empleo)
4. ¿Cuál de los siguientes mejor describe la razón por la que usted cree que fue víctima de discriminación? Fue por su: Raza/Color (sea específico)  
Origen Nacional (sea específico)
5. ¿En qué fecha ocurrió el presunto acto de discriminación?
6. En sus propias palabras, describa el presunto acto de discriminación. Explique lo que ocurrió e indique quién, a su parecer, es la persona responsable.  
. ¿Tiene testigos que puedan verificar su alegato?    Sí / No  
Si los tiene,    Nombre del Testigo                      Domicilio                      Ciudad,                      Estado,  
Código Postal                      Número de Teléfono
7. ¿Ha tratado de resolver esta demanda por medio de una gestión de demandas interna en el departamento o en la agencia a que acusa?    Sí / No    Si así es, cuál es el estado de su gestión?  
Nombre y título de la persona encargada de la gestión de su demanda.  
Nombre y Apellidos:                      Título:                      Número de Teléfono:
8. ¿Ha presentado usted esta demanda con alguna otra agencia, ya sea federal, estatal o local; o con algún tribunal, ya sea federal o estatal?    Sí / No  
Si así es, marque todos los que se apliquen en este caso:  
\_\_ Agencia Federal    \_\_ Tribunal Federal    \_\_ Agencia Estatal  
\_\_ Tribunal Estatal    \_\_ Agencia Local  
Favor de informarnos de una persona con quien podamos ponernos en contacto en la agencia/el tribunal donde se presentó su demanda.    Dirección                      Ciudad,  
Estado,                      Código Postal                      Número de Teléfono
9. ¿Piensa presentar esta demanda en alguna otra agencia?    SÍ / NO    Si así es, ¿cuándo y dónde piensa presentar la demanda?    Fecha                      Agencia  
Dirección                      Ciudad,                      Estado,                      Código Postal                      Número de Teléfono
10. ¿Se ha presentado esta demanda en esta agencia antes?    SÍ / NO    Si así es, ¿cuándo?    Fecha
11. ¿Ha usted presentado alguna otra demanda en esta agencia?    SÍ / NO  
Si así es, ¿cuándo y contra quién fueron presentadas?    Nombre y Apellidos  
Domicilio                      Ciudad,                      Estado,                      Código Postal                      Número de Teléfono  
Describa la otra demanda:  
¿Cuál es el estado de la otra demanda?
12. ¿Lo representa a usted un abogado en todo lo relacionado con este asunto?    SÍ / NO  
Si así es, dé la información a continuación:    Nombre del Abogado                      Dirección  
Ciudad,                      Estado,                      Código Postal                      Número de Teléfono