

Gobierno del Condado de Hamilton
Formulario de Reclamo por Discriminación Según el Título VI

El título VI de la Ley de Derechos Civiles del 1964 es la ley federal que protege a individuos contra la discriminación en programas y actividades que reciben asistencia económica federal por motivo de su **raza, color** u **origen nacional**.

Entre otras cosas, cuando se está operando un programa asistido federalmente, un beneficiario no puede, por motivo de **raza, color** u **origen nacional**, ya sea directamente o por motivos contractuales:

- Denegar los servicios del programa, asistencias o beneficios;
- proveer un servicio, ayuda o beneficio diferente, o proveerlos de una manera diferente de como se les provee a los demás;
- segregar o tratar a individuos por separado de cualquier manera relacionada al recibo de cualquier servicio, ayuda o beneficio; o
- dejar de tomar las medidas necesarias para proveer a personas con un grado de competencia limitada en inglés (LEP, por sus siglas en inglés), con un acceso significativo a los programas y actividades.

La siguiente información es necesaria para procesar su reclamo por discriminación según el Título VI.

- Un reclamo escrito y firmado, dirigido al Gobierno del Condado de Hamilton, debe ser presentado a más tardar de treinta (30) días calendarios después de que la alegada discriminación haya ocurrido.

Por favor indique a continuación la base en la cual usted cree que la presunta acción discriminatoria tomó lugar:

Raza		Color		Origen nacional	
------	--	-------	--	-----------------	--

Fecha(s) de la presunta discriminación: _____

Información del reclamante:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad- estado-código postal: _____

Número de teléfono (casa): _____

Número de teléfono (trabajo): _____

Persona(s) discriminada(s), si es diferente a la mencionada anteriormente:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad- estado-código postal: _____

Número de teléfono (casa): _____

Número de teléfono (trabajo): _____

**Gobierno del Condado de Hamilton
Formulario de Reclamo por Discriminación Según el Título VI**

Nombre de la agencia, departamento o programa que usted cree que discriminó en su contra:

Agencia o departamento: _____

Nombre del individuo: _____

Ciudad- estado-código postal: _____

Número de teléfono: _____

En sus propias palabras, describa la presunta discriminación. Explique que pasó y quien usted considera que es responsable (si es necesario, añada hojas de papel).

Enumere los nombres y la información de contacto de las personas quienes puedan tener conocimiento de la presunta discriminación.

**Gobierno del Condado de Hamilton
Formulario de Reclamo por Discriminación Según el Título VI**

¿Ha llevado su queja o reclamo a alguna otra agencia federal, estatal, agencia local o con alguna corte federal o estatal? Marque todas las opciones que apliquen.

Agencia federal		Corte federal	
Agencia estatal		Corte estatal	
Agencia local		Otra agencia	

Proporcione información acerca de una persona de contacto en la agencia / corte donde su reclamación fue presentada.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad- estado-código postal: _____

Número de teléfono (casa): _____

**La reclamación no será aceptada sin haber sido firmada.
Por favor firme y escriba la fecha de este reclamo a continuación:**

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

Nombre impreso

Usted puede adjuntar cualquier documento escrito u otra información de apoyo que usted piensa que es relevante a su reclamación.

Documentos adjuntos: Sí _____ No _____

Si usted tiene alguna pregunta en cuanto a este formulario o acerca del proceso de resolución de su reclamación, por favor comuníquese directamente con el Departamento de Título VI.

Envíe esta forma y cualquier otra información adicional a:

Hamilton County Government
EEO Office / Title VI Department
Dirección: 317 Oak Street
Suite 220
Chattanooga, TN 37403
Número telefónico: (423) 209-6146
Número de fax: (423) 209-6145
Sitio en la red: TitleVI@HamiltonTN.Gov
Dirección de correo electrónico: www.HamiltonTN.Gov/TitleVI