

PIMA ASSOCIATION OF GOVERNMENTS

Asociación de Gobiernos de Pima

COMPLAINT OF TITLE VI DISCRIMINATION

Formulario de Queja de Discriminación por el Título VI

Pima Association of Governments (PAG), as a recipient of federal financial assistance, is required to ensure that its services and related benefits are distributed in a manner consistent with Title VI of the Civil Rights Acts of 1964, as amended.

Any person who believes that he or she, individually or as a member of any specific class of persons, has been subjected to discrimination under Title VI, on the basis of race, color, or national origin, may file a written complaint with PAG.

We are asking for the following information to assist us in processing your complaint. If you need help in completing this form, please let us know.

Asociación de Gobiernos de Pima (PAG), como recipiente de ayuda financiera federal, es requerida a asegurar que sus servicios y servicios relacionados son distribuidos de una manera consistente con el título VI de los Actos de los Derechos Civiles de 1964, con sus enmendadas.

Si usted cree que, individualmente o como parte de una clase específica de personas, ha sido discriminado bajo el Título VI, basado en su raza, color, o nacionalidad, puede presentar una queja escrita con PAG.

Le pedimos la siguiente información para poder procesar su queja. Si necesita ayuda para llenar este formulario, por favor, pónganse en contacto con PAG.

Submit your signed complaint and any attachments to:

Entregue el formulario con su firma y paginas adicionales a:

John Liosatos
PAG's Title VI Coordinator
1 E. Broadway, Suite 401
Tucson, AZ 85701
(520) 792-1093
(520) 620-6981 fax
jliosatos@pagnet.org

Para ayuda adicional en español:
Nathan Barrett
(520) 792-1093
nbarrett@pagnet.org

1. Complainant

Reclamante

Name: _____

Nombre:

Street Address: _____

Domicilio:

City, State, ZIP Code: _____

Ciudad, Estado, Código Postal:

Telephone: _____

Numero de Teléfono:

Email Address: _____

Dirección de Correo Electrónico

2. Person Discriminated Against (if someone other than the complainant)

Persona que fue discriminada, si no es la misma que el reclamante

Name: _____

Nombre:

Street Address: _____

Domicilio:

City, State, ZIP Code: _____

Ciudad, Estado, Código Postal:

Telephone: _____

Numero de Teléfono:

Email Address: _____

Dirección de Correo Electrónico

3. Which of the following best describes the reason you believe the discrimination took place:
En su opinión, ¿en que se basaron esas acciones discriminatorias?

		Specify / Especifique
	Race <i>Raza</i>	
	Color <i>Color</i>	
	National Origin <i>Nacionalidad</i>	
	Sex <i>Sexo</i>	

		Specify / Especifique
	Disability <i>Incapacidad / Impedimento</i>	
	Sexual Orientation <i>Orientación Sexual</i>	
	Political Affiliation <i>Afiliación Política</i>	
	Marital Status <i>Estado Civil</i>	

4. Date of the alleged discrimination: _____
Fecha de la supuesta discriminación:

5. In the space below, please describe the alleged discrimination. Explain what happened and who you believe was responsible. Include names and contact information of persons who may have knowledge of the alleged discrimination.
En el espacio abajo, describa el supuesto acto de discriminación. Explique lo más claro posible lo que pasó y quien usted piensa es el responsable por el supuesto acto. Incluye los nombres de las personas que puedan tener conocimiento del supuesto acto y cómo contactarlas.

6. Have you filed a complaint of the alleged discrimination with a federal, state, or local agency, or with a state or federal court?

¿Ha presentado usted (o la persona que fue discriminada) la queja ante una agencia del gobierno federal, estatal, o local? ¿O ante la corte estatal o federal?

Yes _____ No _____

Sí No

If yes, check all that apply:

		Specify / Especifique
	Federal <i>Federal</i>	
	State <i>Estatad</i>	
	Local <i>Local</i>	
	Federal Court <i>La Corte Federal</i>	
	State Court <i>La Corte Estatal</i>	

Please provide the name of the agency where you filed your complaint

¿Ante qué agencia usted presentó la queja?

Name: _____

Nombre:

Contact Person at the Agency: _____

Nombre del investigador o representante

7. Please sign below. You may attach any additional information you think is relevant.
Por favor, firme el formulario. Adjunte cualquier información adicional que usted cree es pertinente con su queja

Signature of Complainant

Firma del reclamante

Date

Fecha