

**FORMA PARA RADICAR QUEJA DE DISCRIMEN
SERVICIO DE TRANSPORTACION DEL CONDADO DE ARLINGTON**

La información requerida en esta forma nos será de ayuda para entender sus alegaciones. Favor de completar la información lo mejor que pueda. Un oficial de radicación revisará la información de su querrela y se comunicara con usted.

Información Sobre La Querella

Nombre: _____
Nombre Segundo Nombre Apellido

Dirección : _____
Calle y Número Número de Apt.

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: (hogar) _____ **(Empleo)** _____ **(celular)** _____

Correo Electrónico : _____

Prefiero ser contactado por teléfono (Si/No) _____

Prefiero ser contactado por correo electrónico (Si/No) _____

2. Esta usted radicando esta querrela por sí mismo? Favor de circular: Si No

Si su contestación a la pregunta es "sí" Favor de pasar a la sección 3.

Si su contestación es "no", favor de proveer el nombre de la persona por quien usted radica esta querrela.

Nombre: _____

Por favor confirme que usted ha obtenido permiso de la persona agraviada para radicar esta querrela en su representación. Favor de circular: Si No

3. Cual es la base por la cual usted cree que fue discriminado?

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| () Raza | () Color |
| () Sexo | () Edad |
| () Religión | () Incapacidad |
| () Origen Nacional | () Orientación Sexual |
| () Hostigamiento Sexual | |

**FORMA PARA REDICAR QUEJA DE DISCRIMEN
SERVICIO DE TRANSPORTACION DEL CONDADO DE ARLINGTON**

4. Provea detalles de la Acción(es) o Circunstancia (s) Usted cree fue discriminatoria (Diganos QUIEN hizo QUE, y CUANDO lo hizo, LUGAR donde ocurrio, y su opinión o creencia de PORQUE sucedieron estos hechos) Incluya el nombre y la información para contactar la persona (s) que discriminó contra usted (si le es conocido) así como los nombres de los testigos e información. De necesitar más espacio para contestar use el reverse de ésta forma.

Use papel adicional de ser necesario

5. ¿Ha radicado usted esta querrela con alguna otra agencia local, estatal o federal ó alguna Corte del estado? Favor de circular su contestación: Si No

De ser si, favor de proveer información adicional sobre la agencia donde radicó su la querella:

Nombre del Contacto: _____
Título: _____
Agencia: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Fecha en que radicó la querella: _____

6. Favor de incluir ó atachar cualquier información relevante a su querella.

Firma y fecha son requeridas aquí.

Firma

Fecha

7. Favor de someter ésta forma a la siguiente dirección. La puede someter en persona ó enviar por correo a:

**Arlington Office of County Manager
Civil Rights Manager
2100 Clarendon Blvd, Suite 318
Arlington, VA 22201**