



<b>SOLO PARA USO OFICIAL</b>	
Fecha de recepcion	___/___/___
Registrado por:	_____

## FORMULARIO DE RECLAMO POR DISCRIMINACIÓN DE TÍTULO VI

<b>Víctima(s) de la supuesta discriminación:</b>		
NOMBRE		
DIRECCIÓN		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO PARA HORAS DEL DÍA	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
<b>Persona que alega discriminación, si es diferente a la mencionada:</b>		
NOMBRE		
DIRECCIÓN		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO PARA HORAS DEL DÍA	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
RELACIÓN CON LA PERSONA(S) NOMBRADA COMO VÍCTIMA		
<b>Miembro(s) del personal, miembro(s) de la dirección, asesor(es) o programa(s) de BFCG que supuestamente ha discriminado:</b>		
NOMBRE	PROGRAMA	
NOMBRE	PROGRAMA	
NOMBRE	PROGRAMA	
FECHA EN QUE SE INICIÓ LA SUPUESTA DISCRIMINACIÓN	FECHA DEL ÚLTIMO INCIDENTE	

### Fundamento de la supuesta discriminación

Se debe presentar un reclamo en un plazo de 180 días calendario desde la fecha en que el demandante tomó conocimiento de la supuesta discriminación. Si su reclamo está relacionado a una supuesta discriminación, ya sea en el suministro de servicios o en el trato que recibió usted (o la persona(s) citada como víctima) por parte de colaboradores o programas de Whatcom Council of Governments, indique a continuación cuál cree que es el fundamento de la supuesta discriminación.

Ejemplo: Si cree que sufrió discriminación por ser un Nativo Americano, encierre en círculo la palabra «Raza» y escriba «Nativo Americano» en el espacio designado

Etnicidad: \_\_\_\_\_

Años: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

## Explicación

En el siguiente espacio, explique claramente y en todo el detalle posible la naturaleza de la discriminación que alega (adjunte hojas adicionales si fuera necesario). Suministre los nombres de todos los testigos, si hay alguno, de la supuesta discriminación. Adjunte copias de todos los materiales escritos concernientes a su reclamo.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Al firmar a continuación, certifico que las afirmaciones contenidas en este formulario son verdaderas según mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha

Enviar este formulario y todos los documentos adjuntos a:

**Attn: Title VI Coordinator  
Benton-Franklin Council of Governments  
1622 Terminal Drive  
Richland, WA 99354**

Puede enviar los documentos a través de U.S. Postal Service o por fax al siguiente número (509) 943-6756.