

**ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
MUNICIPIO AUTONOMO DE JAYUYA  
PROGRAMA TÍTULO VI  
JAYUYA, PUERTO RICO**

**Notificación Querellas**

Anejo 2

<b>Sección I:</b>				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono (Casa):			Teléfono (Trabajo):	
Dirección Correo Electrónico:				
¿Requisitos de formato accesible?	Impresión de gran tamaño		Cinta de Audio	
	TTD		Otro	
<b>Sección II:</b>				
¿Se está llenando esta querella en su nombre?			Sí*	No
*Si usted respondió "Sí" a esta pregunta ir a la Sección III.				
Si no, por favor suministrar el nombre y la relación de la persona para quién usted se está querellando.				
Por favor explique porque usted se ha registrado por una tercera persona:				
Por favor confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada, si radicara en nombre de los terceros.			Sí	No
<b>Sección III</b>				
Creo que la discriminación que he experimentado se basa en (marque todas las que apliquen):				
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional				
Fecha de la supuesta discriminación (Mes, Día, Año) _____				
Explicar lo más claramente posible lo que pasó y por qué usted cree que fueron discriminados. Describa todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre e información de contacto de las personas que discriminaron contra usted (si los conoce) así como los nombres e información de contacto de testigos. Si se necesita más espacio, utilice el dorso de este formulario.				
<b>Sección IV</b>				
¿Ha hecho previamente una querella al Título VI con esta agencia?			Sí	No
<b>Sección V</b>				
¿Ha presentado esta querella con cualquier otra Agencia Federal, Estatal o Local, o con cualquier Tribunal Federal o Estatal?				

**ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO**  
**MUNICIPIO AUTONOMO DE JAYUYA**  
**PROGRAMA TÍTULO VI**  
**JAYUYA, PUERTO RICO**

Continuación

Página 2

Notificación Querellas

Sí  No

Si es sí, marque todas las que apliquen:

Agencia Federal: \_\_\_\_\_

Tribunal Federal: \_\_\_\_\_  Agencia Estatal: \_\_\_\_\_

Tribunal Estatal: \_\_\_\_\_  Agencia Local: \_\_\_\_\_

Por favor provea información sobre una persona contacto en la agencia/corte donde la querella se radicó.

Nombre: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Sección VI**

Nombre de la agencia a la cual se denuncia: \_\_\_\_\_

Persona contacto: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Usted puede anejar cualquier material escrito u otra información que crea pertinente a su querella.

Firma y fecha requerida abajo

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Día

Por favor someta esta forma en persona en la dirección indicada abajo, o por correo postal a la siguiente dirección: