



## Formulario de Queja del Título VI del Condado de Washoe

El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 establece que "Ninguna persona en los Estados Unidos, por motivos de raza, color u origen nacional, será excluida de participar, se le negarán los beneficios o será sometida a discriminación en virtud de cualquier programa o actividad que recibe asistencia financiera federal."

Proporcione la siguiente información para procesar su queja. La asistencia está disponible con previa solicitud comunicándose con la Oficina de Derechos Civiles del Condado de Washoe. Complete este formulario y envíelo por correo electrónico, correo postal de EE. UU. o entréguelo en persona a:

Condado de Washoe  
Recursos Humanos-Título VI  
1001 E. Ninth Street, Sala A220, Reno, NV 89521  
Coordinador:  
Elizabeth Jourdin, [ejourdin@washoecounty.gov](mailto:ejourdin@washoecounty.gov)  
775-328-2801

1. Nombre del Demandante (impreso): \_\_\_\_\_
2. Dirección: \_\_\_\_\_
3. Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_
4. Número de Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ Celular): \_\_\_\_\_
5. Persona discriminada (si no es el demandante)  
Nombre (impreso): \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ Celular): \_\_\_\_\_
6. ¿En qué se basó la discriminación? (Marque todo lo que corresponda):  
 Raza                                       Color                                       Origen Nacional
7. Fecha del incidente que resultó en discriminación: \_\_\_\_\_

8. Describa cómo fue discriminado, incluidos detalles del incidente, ubicación y personas involucradas. Para obtener espacio adicional, adjunte hojas de papel adicionales o utilice el reverso del formulario.

9. ¿Presentó esta queja ante otra agencia federal, estatal o local, o ante un tribunal federal o estatal? (Marque el espacio correspondiente)  Sí  No

Si su respuesta es sí, marque cada agencia ante la que se presentó una queja:

Agencia Federal     Tribunal Federal     Agencia Estatal     Tribunal Estatal  
 Agencia Local     Otro

10. Proporcione la información de la persona de contacto de la agencia ante la que también presentó la queja:

Nombre de la Agencia (impreso): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Presentación: \_\_\_\_\_

**Firme a continuación antes de enviar el formulario. Adjunte cualquier documento de respaldo o información que pueda ser útil para evaluar su reclamo.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Demandante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**