



## Clark County - Título Vi Denuncia Forma - Español

Título VI de la ley de derechos civiles de 1964 Estados "ninguna persona en los Estados Unidos, por razón de raza, color u origen nacional, excluida de la participación en, ser negada los beneficios de o ser objeto de discriminación bajo cualquier programa o actividad recibiendo asistencia financiera federal". Dos órdenes ejecutivas extender las protecciones del título VI a la justicia ambiental, que también protege a las personas de bajos ingresos y habilidad limitada de inglés (LEP). Por favor proporcione la siguiente información necesaria para procesar su queja. Asistencia está disponible a petición. Complete este formulario y correo o entregar: Clark County, Letty Bonilla, 500 S. Grand Central PKWY, NV 89115.

El nombre del Querellante (por favor imprima): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

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

Numero de telefono (Casa): \_\_\_\_\_ (Cell): \_\_\_\_\_

Persona discriminada (si no es querellante)

Nombre (por favor imprima): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

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

Numero de telefono (Home): \_\_\_\_\_ (Cell): \_\_\_\_\_

1. ¿Qué se basa la discriminación? (Marque todas las que apliquen):

Raza

Color de Piel

Pais de Origen

2. Fecha de incidente dando lugar a la discriminación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

3. Describir cómo fueron discriminados. ¿Lo que pasó y quién fue el responsable? Para espacio adicional, adjuntar hojas adicionales de papel o la parte posterior del formulario.

---

---

---

---

4. ¿Presentó esta denuncia con otro federal, estatal o agencia local; o ante un tribunal federal o estatal. (Compruebe el espacio correspondiente) [ ] Si [ ] No

Si tu respuesta es Sí, compruebe cada agencia que una denuncia con:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agencia Federal | <input type="checkbox"/> Corte Federal Court | <input type="checkbox"/> Agencia Estatal |
| <input type="checkbox"/> Corte Estatal   | <input type="checkbox"/> Agencia Local       | <input type="checkbox"/> Otro            |

5. Proporcionar la información de contacto para la agencia que también presentó la denuncia ante:

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

Domicilio: \_\_\_\_\_

Cuidad: \_\_\_\_\_ Estado : \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de archivo: \_\_\_\_\_

Firmar a continuación y asegúrese de fijar o proporcionar cualquier información de apoyo que usted cree puede apoyar su reclamo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Querellante

\_\_\_\_\_  
Fecha