|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección I** | | | | | | | |
| Nombre**:** | | | | | | | |
| **Dirección:** | | | | | | | |
| Teléfono (Casa): | | | Teléfono (Trabajo): | | | | |
| Dirección de correo electrónico: | | | | | | | |
| ¿Requisitos accesibles? | Formato Impresión grande | |  | | Cinta de audio | |  |
| TDD | |  | | Otro | |  |
| **Sección II** | | | | | | | |
| ¿Está presentando esta queja en su propio nombre? | | | | | Sí | | No |
| \* Si contestó "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III. | | | | | | | |
| Si no es así, proporcione el nombre y la relación de la persona por la que se queja: | | | | | | | |
| Explique por qué ha presentado un tercero: | | | |  | | | |
|  | |  |  | |  | |  |
| Si usted está archivando en nombre de un tercero, ¿ha obtenido el permiso de la parte agraviada? | | | | | Sí | | No |
| **Sección III** | | | | | | | |
| Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todas las que apliquen):  Raza, Color, Etnia, Origen Nacional  Años  Discapacidad  Género  Fecha de Presunta Discriminación (Mes, Día, Año): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que discriminó (si se conoce), así como nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario. | | | | | | | |
| **Sección IV** | | | | | | | |
| ¿Ha presentado previamente una queja de Título VI con esta agencia? | | | | | Sí | No | |
| **Sección V** | | | | | | | |
| ¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal? Sí  No  En caso afirmativo, marque todas las que correspondan:  Agencia Federal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Corte federal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Agencia del estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tribunal del Estado: ­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Agencia local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la queja. | | | | | | | |
| Nombre**:** | | | | | | | |
| Título**:** | | | | | | | |
| Agencia: | | | | | | | |
| Dirección**:** | | | | | | | |
| Número de teléfono: | | | | | | | |
| **Sección VI** | | | | | | | |
| El nombre de la queja de la agencia está en contra: | | | | | | | |
| Persona de contacto: | | | | | | | |
| Título: | | | | | | | |
| Número de teléfono: | | | | | | | |

Usted puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere pertinente a su queja.

Firma y fecha se requiere a continuación.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma Fecha**

Si se necesita información en otro idioma, comuníquese con un Oficial de Protección de Derechos al 512-244-8324.

Por favor envíe este formulario en persona a la dirección abajo, o envíe este formulario a:

**Bluebonnet Trails Community Services**

**Office of Rights Protection/Complaints**

**1009 N. Georgetown St.**

**Round Rock, Texas 78664**

[complaints@bbtrails.org](mailto:complaints@bbtrails.org)