



# Town of Kearny

Department of Public Health • Walter J. Nicol Health Center  
645 Kearny Avenue, Kearny, NJ 07032  
Phone: 201-997-0600 • Fax: 201-997-9703  
[www.kearnynj.org](http://www.kearnynj.org)

## FORMULARIO DE QUEJA TÍTULO VI

<b>Sección I:</b>			
<b>Nombre:</b>			
<b>Dirección:</b>		<b>Dirección de Correo Electrónico:</b>	
<b>Teléfono (Inicio):</b>		<b>Teléfono (Trabajo):</b>	
¿Requisitos Formato Accesible? (marque todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Tipo Grande de Letra	<input type="checkbox"/> Grabación de Audio	
	<input type="checkbox"/> Sistema para Personas con Discapacidad Auditiva	<input type="checkbox"/> Otro	
<b>Sección II:</b>			
¿Presenta usted esta denuncia a nombre propio?		Sí*	No
*Si ha contestado "Sí", por favor proceda a la Sección III.			
De lo contrario, proporcione el nombre y la relación de la persona por la que presenta la queja:			
Por favor, explique por qué usted ha presentado para un tercero:			
Por favor, confirma que ha obtenido el permiso de la parte perjudicada, si usted está presentando en nombre de un tercero.		Sí	No
<b>Sección III:</b>			
Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda):			
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional			
Fecha de la supuesta discriminación (Mes, Día, Año): _____			
Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que lo discriminaron (si se conocen), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario.			
_____			
_____			
<b>Sección IV:</b>			
¿Ha presentado previamente una queja del Título VI con esta agencia?		Sí	No
<b>Sección V:</b>			
¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:			
<input type="checkbox"/> Agencia Federal <input type="checkbox"/> Corte Federal <input type="checkbox"/> Agencia Estatal <input type="checkbox"/> Corte Estatal <input type="checkbox"/> Agencia Local			
Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la queja.			
<b>Nombre:</b>		<b>Título:</b>	
<b>Agencia:</b>		<b>Teléfono:</b>	
<b>Dirección:</b>		<b>Teléfono:</b>	
<b>Sección VI:</b>			
<b>Nombre de la agencia que presenta la queja contra:</b>		<b>Persona de Contacto:</b>	
<b>Título:</b>		<b>Teléfono:</b>	

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.  
Se requiere la firma y la fecha del demandante a continuación:

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Envíe este formulario en persona a la siguiente dirección, o envíe este formulario por correo a:  
Health Officer  
Kearny Health Department  
645 Kearny Avenue  
Kearny, NJ 07032*