

## FORMULARIO DE QUERELLA DE TÍTULO VI Y ADA

<b>Sección I:</b>				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono (Casa):		Teléfono (Trabajo):		
Dirección de Correo Electrónico:				
<b>¿Requisitos de Formato Accesible?</b>	Letra Grande		Mensaje de Audio	
	TDD		Otro	
<b>Sección II:</b>				
¿Está presentando esta querella a su nombre?			Sí*	No
*Si contestó "Sí" a esta pregunta, pase a la Sección III.				
Si no, favor de proveer el nombre y relación de la persona por quien está presentando la querella:				
Favor de explicar por qué ha presentado la querella a nombre de un tercero:				
Favor de confirmar que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si está presentando la querella en nombre de un tercero:			Sí	No
<b>Sección III:</b>				
La discriminación que experimenté fue basada en (marque todo lo que aplique):				
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional <input type="checkbox"/> Discapacidad				
Fecha de la Presunta Discriminación (Día, Mes, Año): _____				
<p>Explique lo más claramente posible qué sucedió y por qué cree que fue discriminado(a). Describa todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre e información de contacto de la(s) persona(s) que discriminó(aron) en su contra (si se los conoce) así como los nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, favor de utilizar la parte de atrás de este formulario:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-top: 10px;"></div>				

## FORMULARIO DE QUERELLA DE TÍTULO VI Y ADA

<b>Sección IV</b>		
¿Ha presentado anteriormente una querella del Título VI o ADA 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?		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Si contestó "Sí", marque todo lo que aplique:		
<input type="checkbox"/> Agencia Federal: _____		
<input type="checkbox"/> Tribunal Federal _____ <input type="checkbox"/> Agencia Estatal _____		
<input type="checkbox"/> Tribunal Estatal _____ <input type="checkbox"/> Agencia Local _____		
Favor de proveer información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la querella.		
Nombre:		
Título:		
Agencia:		
Dirección:		
Teléfono:		
<b>Sección VI</b>		
Nombre de la agencia contra la cual se presenta la querella:		
Persona Contacto:		
Título:		
Número de Teléfono:		

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante a su querella.

### **Se requiere firma y fecha a continuación:**

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### **Favor de someter este formulario en persona o por correo a:**

Susana Figueroa Liggett,

Gerente de Igualdad de Oportunidades/ Coordinadora del Título VI

Autoridad de los Puertos de Puerto Rico

P.O. Box 362829, San Juan, PR 00936-2829

Teléfono: (787) 729-8715 Ext. 2292 (787) 367-5483

Correo Electrónico: titlevi@prpa.pr.gov