



**Gobierno del Condado de Orange Título VI Discriminación**  
**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN**

**I. INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE**

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono # Trabajo: \_\_\_\_\_ Hogar: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Está presentando esta solicitud en su propio nombre? Seleccione uno: Sí \_\_\_ o No \_\_\_

De responder no:

- ¿Cuál es su relación con la persona cuya solicitud está presentando?

- Por favor explique por qué ha sometido la queja como un tercero.

- Por favor confirme que usted ha obtenido el permiso de la parte agraviada. Seleccione uno: Sí \_\_\_ o No \_\_\_

**II. ALEGACIONES:**

Usted considera que la discriminación que sufrió está basado en uno de los siguientes: seleccione uno o los que correspondan:

- |                                   |                                       |   |
|-----------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Raza     | <input type="checkbox"/> Color        | <input type="checkbox"/> Origen nacional                |
| <input type="checkbox"/> Edad     | <input type="checkbox"/> Discapacidad | <input type="checkbox"/> Condición familiar o religiosa |
| <input type="checkbox"/> Ingresos | <input type="checkbox"/> Otro _____   |   |

Por favor explique tan claramente como le sea posible lo que ocurrió, la fecha y la hora en que ocurrió y por qué considera usted que fue discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas, incluyendo el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que usted considera discriminó contra usted (si la conoce).

Fecha y hora de la alegada discriminación: \_\_\_\_\_

Lugar de la alegada discriminación: \_\_\_\_\_

Detalles del incidente (utilice líneas adicionales de ser necesario).

Espacio adicional para alegaciones de ser necesario:

---

---

---

---

---

### III. TESTIGOS:

**Testigo 1:** Primer nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Teléfono # Trabajo: \_\_\_\_\_ Hogar: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Testigo 2:** Primer nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Teléfono # Trabajo: \_\_\_\_\_ Hogar: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Testigo 3:** Primer nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Teléfono # Trabajo: \_\_\_\_\_ Hogar: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

---

¿Tiene cualquier documento (correo electrónico, mensajes de texto, distribución impresa, fotos) que apoyen su posición? Seleccione uno: Sí \_\_\_\_ o No \_\_\_\_

De responder **SÍ**, por favor, consérvelos.

¿Ha presentado anteriormente una reclamación Título VI con esta agencia? Seleccione uno: Sí \_\_\_\_ o No \_\_\_\_

¿Ha presentado esta reclamación ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o con cualquier corte federal o estatal? Seleccione uno: Sí \_\_\_\_o No \_\_\_\_

- De responder **SÍ**, ¿con cuál agencia?
  - [ ] Agencia Federal: \_\_\_\_\_
  - [ ] Corte Federal: \_\_\_\_\_
  - [ ] Agencia Estatal: \_\_\_\_\_
  - [ ] Corte Estatal: \_\_\_\_\_
  - [ ] Agencia Local: \_\_\_\_\_

Por favor proporcione información acerca de alguna persona de contacto en la agencia/corte donde la reclamación anteriormente mencionada fue sometida:

- Nombre de contacto: \_\_\_\_\_
- Título: \_\_\_\_\_
- Nombre de la agencia: \_\_\_\_\_
- Dirección de la agencia: \_\_\_\_\_
- Teléfono: \_\_\_\_\_

---

#### **IV. REPRESENTACIÓN LEGAL**

¿Está usted representado por un abogado para esta reclamación?  
Seleccione uno: Sí \_\_\_\_o No \_\_\_\_

- De responder sí, por favor complete la siguiente información:

Nombre del abogado: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

---

**V. AFIRMACIÓN Y FIRMA:**

Yo, \_\_\_\_\_), por la presente afirmo a mi leal saber y entender  
(Escriba su nombre aquí)

que la(s) alegación(es) que he presentado en este formulario de reclamación es (son)  
verídica(s) y basada(s) en hechos.

\_\_\_\_\_  
Firma del reclamante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del reclamante (EN LETRA DE IMPRENTA, POR FAVOR)

Por favor someta su formulario de reclamación firmado a:

Orange County Human Resources  
Attention: Title VI Coordinator  
450 E. South Street  
Orlando, FL 32801

Envíe por medio del correo de los Estados Unidos a la dirección arriba indicada, escanee  
y envíe por correo electrónico a [Access@ocfl.net](mailto:Access@ocfl.net), o entregue en persona a la dirección  
antes indicada entre las horas de 8AM y 5PM.