# Thurston County Public Works
# Formulario de denuncias del Título VI

Cualquier persona que considere que fue objeto de discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad o sexo y que ello contravenga lo dispuesto en el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y la Ley de Restauración de 1987, o cualquier otra ley y reglamento relacionado, puede usar este formulario.

Envíe este formulario completo a la siguiente dirección:
Thurston County Public Works
9605 Tilley Road S.
Olympia, WA 98512
O por correo electrónico:
kim.burnett@co.thurston.wa.us

Si tiene preguntas, llame por teléfono al siguiente número:
360-867-2270 (TDD/TTY 1 [800] 833-6388)

No necesita un abogado para completar o presentar esta denuncia. Sin embargo, quizás desee buscar asesoría legal sobre los derechos que le otorga la ley.

| **Información del denunciante:** | |
|---|---|
| Nombre: | Teléfono de trabajo: |
| Dirección postal: | Teléfono particular: |
| Correo electrónico: | Mensaje telefónico: |
| **Información de la parte perjudicada** (Si es diferente que la del denunciante) | |
| Nombre: | Teléfono de trabajo: |
| Dirección postal: | Teléfono particular: |
| Correo electrónico: | Mensaje telefónico: |

| **Información de la denuncia** |
|---|
| Fecha de la presunta discriminación: |
| ¿Dónde se produjo la presunta discriminación? |
| Indique por qué cree que se produjo la discriminación:<br><br>Raza _____ Color _____ Nacionalidad _____ Sexo Otro _____ |

_____

Si corresponde y se conoce, nombre y cargo/título de la(s) persona(s) que, según alega, lo discriminaron:

Indique cómo cree que fue discriminado. Incluya todos los hechos en los que se basa la denuncia. Indique quién estuvo implicado e incluya cómo cree que las otras personas fueron tratadas de forma diferente a usted. Adjunte material escrito adicional si es necesario.

Enumere a continuación las personas con las que podemos ponernos en contacto para obtener más información que apoye o aclare su denuncia (testigos, compañeros de trabajo, supervisores, otros)

| Nombre | Cargo/Titulo | Dirección postal | Número de teléfono |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

¿Qué tipo de medida correctiva desea que se adopte?

**Firmas**

Declaro bajo pena de perjurio que, a mi leal saber y entender, la información facilitada es verídica. Entiendo que toda la información que facilito pasa a ser de dominio público tras la presentación de esta denuncia.

| Firma del denunciante | Fecha |
|---|---|
| | |

| Y/o Firma de la parte agraviada (si es diferente) | Fecha |
| --- | --- |
| | |