

## Condado de Galveston Formulario de Quejas del Título VI

Según el Título VI de 1964, referente a los Derechos Civiles se dice que “A ninguna persona dentro de los Estados Unidos en base a su raza, color de piel o país de origen le será negada la participación en o negados los beneficios de, o será sujeto de discriminación bajo cualquiera de los programas o actividades que reciban subvención del gobierno federal.” Existen dos Mandatos Ejecutivos que extienden la protección del Título VI par personas adicionales.

Condado de Galveston se compromete a garantizar que ninguna persona, por motivos de raza, color de piel, origen nacional, religión, sexo, edad, discapacidad o condición de veterano, será objeto de discriminación, excluida de la participación, o negada los beneficios de sus programas y actividades.

Cualquier persona que siente que él o ella pueden haber sido discriminada es alentó a que informe de una violación a Condado de Galveston Título VI Coordinador dentro de 180 días de la supuesta discriminación.

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, por favor háganoslo saber por teléfono (409) 766-2308 o por correo electrónico a [Steve.Markiewicz@co.galveston.tx.us](mailto:Steve.Markiewicz@co.galveston.tx.us). Complete y regrese esta forma a Condado de Galveston, atención Steve Markiewicz, Coordinador del Título VI, 722 Moody, 6th Floor, Galveston, Texas 77550, o por fax al (409) 621-7971.

1. Nombre del Querellante \_\_\_\_\_

2. Domicile \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Código Postal \_\_\_\_\_

3. Número de Teléfono \_\_\_\_\_ (alterno) \_\_\_\_\_

4. Correo Electrónico \_\_\_\_\_

5. La persona que sufrió la discriminación (si es distinta al Querellante)

Nombre \_\_\_\_\_

Domicile \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Código Postal \_\_\_\_\_

Por favor explique su relación con esta persona \_\_\_\_\_

6. Cuál de los siguientes mejor describe la razón por la que crees la discriminación ocurrió; fue causa de su:

Raza/Color de Piel	___	Sexo	___
País de Origen	___	Discapacidad	___
Religión	___	Condición de Veterano	___
Edad	___		

7. En qué fecha la discriminación alegada tomó lugar: \_\_\_\_\_

8. En sus propias palabras, describe la discriminación alegada. Explicar lo que pasó y quién crees que fue el responsable. Por favor, utilice el dorso de este formulario o Adjunte páginas adicionales si se requiere espacio adicional.

---

---

---

---

---

---

---

---

9. Ha presentado esta queja con cualquier otro federal, estatal o local Agencia; o con cualquier tribunal federal o estatal: Si \_\_\_ No \_\_\_

En caso afirmativo, marque todas las que aplican:

Agencia Federal     Corte Federal  
 Agencia Estatal     Corte Estatal  
 Agencia Local

10. En caso afirmativo, proporcione información sobre una persona de contacto en la Agencia/corte donde se presentó la queja.

Nombre \_\_\_\_\_

Domicile \_\_\_\_\_

Ciudad, estado y código postal \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Por favor firme y feche abajo. Usted puede conectar cualquier material escrito u otra información que crees que es pertinente a su queja.

\_\_\_\_\_  
Firma del Querellante

\_\_\_\_\_  
Fecha