



# Title VI Complaint Form

Envíe por correo el formulario firmado a:

Liz Reed, Title VI Coordinator  
Doña Ana County Community & Constituent Services  
845 N. Motel Blvd.  
Las Cruces, N.M. 88007

|           |                      |                    |        |               |
|-----------|----------------------|--------------------|--------|---------------|
| Apellido  |                      | Nombre             |        |               |
| Dirección |                      | Ciudad             | Estado | Código Postal |
| Teléfono  | Teléfono Alternativo | Correo electrónico |        |               |

Por favor indique la(s) base(s) de su denuncia (marque todo que aplique):

- Raza     
 Color     
 Edad     
 Sexo     
 Origen Nacional     
 Discapacidad

Fecha y lugar de la(s) presunta(s) acción(es) discriminatoria(s). Por favor incluya la fecha de la primera discriminación y la fecha de la discriminación más reciente.

¿Cómo se le discriminó? Describa la naturaleza de la acción, decisión, o condiciones de la presunta discriminación. Explique, de la manera más clara que sea posible, que sucedió y por qué cree usted que su raza/color/edad/sexo/origen nacional/discapacidad fue un factor en la discriminación. Incluya como se le dio trato diferente al de otras personas. (Adjunte hojas adicionales de ser necesario)

La ley prohíbe intimidación o represalias contra cualquier persona porque ya sea que esta persona haya tomado alguna acción, o haya participado en alguna acción, para asegurar los derechos que estas leyes protegen. Si usted siente que se han tomado represalias en su contra, aparte de la presunta discriminación que se menciona anteriormente, por favor explique las circunstancias a continuación. Explique la acción que tomó usted que cree que fue la causa de la presunta represalia.

Nombres de las personas responsables de la(s) acción(es) discriminatoria(s)

Nombres de las personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores, u otros) a quienes podamos contactar para obtener información adicional para respaldar o aclarar su denuncia: (Adjunte hojas adicionales de ser necesario)

| Nombre | Dirección | Teléfono |
|--------|-----------|----------|
|        |           |          |
|        |           |          |
|        |           |          |

|                                    |        |           |
|------------------------------------|--------|-----------|
| Firma del Denunciante:<br>páginas: | Fecha: | Número de |
|------------------------------------|--------|-----------|

|                                                                   |                        |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------|
| PARA USO OFICIAL UNICAMENTE: Fecha en que se recibió la denuncia: | Número de la denuncia: |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------|