

**City of Church Hill
Discrimination Complaint Form
Title VI and ADA**

| | | |
|---|--------------------------------------|--|
| Section I: | | |
| Name: | | |
| Address: | | |
| Telephone (Home): | Telephone (Work): | |
| Electronic Mail Address: | | |
| Accessible Format Requirements? | <input type="checkbox"/> Large Print | <input type="checkbox"/> Audio Tape |
| | <input type="checkbox"/> TDD | <input type="checkbox"/> Other |
| Section II: | | |
| Are you filing this complaint on your own behalf? | <input type="checkbox"/> Yes* | <input type="checkbox"/> No |
| <i>*If you answered "yes" to this question, go to Section III.</i> | | |
| If not, please supply the name and relationship of the person for whom you are complaining. | | |
| Please explain why you have filed for a third party: | | |
| Please confirm that you have obtained the permission of the aggrieved party if you are filing on behalf of a third party. | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Section III: | | |
| I believe the discrimination I experienced was based on (check all that apply): | | |
| <input type="checkbox"/> Race | <input type="checkbox"/> Color | <input type="checkbox"/> National Origin <input type="checkbox"/> Disability |
| Date of Alleged Discrimination (Month, Day, Year): _____ | | |
| Explain as clearly as possible what happened and why you believe you were discriminated against. Describe all persons who were involved. Include the name and contact information of the person(s) who discriminated against you (if known) as well as names and contact information of any witnesses. If more space is needed, please use the back of this form. | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| Section IV: | | |
| Have you previously filed a Discrimination Complaint with this agency? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |

If yes, please provide any reference information regarding your previous complaint.

Section V:

Have you filed this complaint with any other Federal, State, or local agency, or with any Federal or State court?

Yes No

If yes, check all that apply:

Federal Agency: _____

Federal Court: _____ State Agency: _____

State Court: _____ Local Agency: _____

Please provide information about a contact person at the agency/court where the complaint was filed.

Name: _____

Title: _____

Agency: _____

Address: _____

Telephone: _____

Section VI:

Name of agency complaint is against: _____

Name of person complaint is against: _____

Title: _____

Location: _____

Telephone Number (if available): _____

You may attach any written materials or other information that you think is relevant to your complaint. Your signature and date are **required** below:

Signature

Date

Please submit this form in person at the address below, or mail this form to:

City of Church Hill/Senior Center
Melissa Roberson, Title VI Coordinator
P.O Box 366/300 East Main Street, Church Hill, TN 37642
423-357-6161; fax 423-357-8559
taxclerk@churchilltn.gov

A copy of this form can be found online at www.churchilltn.gov

Ciudad de Church Hill
 Formulario de denuncia por discriminación
 Título VI y ADA

| | | |
|---|--------------------------------------|--|
| Section I: | | |
| Nombre: | | |
| DIRECCIÓN: | | |
| Teléfono (Domicilio): | Teléfono (Trabajo): | |
| Dirección de correo electrónico: | | |
| ¿Requisitos de formato accesible? | <input type="checkbox"/> Large Print | <input type="checkbox"/> Audio Tape |
| | <input type="checkbox"/> TDD | <input type="checkbox"/> Other |
| Section II: | | |
| (i ¿Está presentando esta queja en su propio nombre? | <input type="checkbox"/> Yes* | 0 No |
| *Si respondió "sí" a esta pregunta, pase a la Sección III. | | |
| De lo contrario, proporcione el nombre y la relación de la persona por la que presenta la queja. | | |
| Explique por qué ha solicitado a un tercero: | | |
| Confirme que ha obtenido el permiso del aggrieved party if you are filing on behalf of a third party. | <input type="checkbox"/> Sí | 0 No |
| Section III: | | |
| Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda): | | |
| <input type="checkbox"/> carrera | <input type="checkbox"/> Color D | <input type="checkbox"/> Origen Nacional |
| | | <input type="checkbox"/> Discapacidad |
| Fecha de la supuesta discriminación (mes, día, año): _____ | | |
| Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que lo discriminaron (si se conocen), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario. | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| Section IV: | | |
| ¿Ha presentado previamente una queja por discriminación ante esta agencia? | D Sí | 0 No |

En caso afirmativo, proporcione cualquier información de referencia con respecto a su queja anterior.

Section V:

¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal?

D Sí D No En caso

afirmativo, marque todo lo que

corresponda: Agencia _____

federal: D Tribunal federal:----- D Agencia estatal: _____ Tribunal estatal: Proporcione información sobre una persona de contacto en el _____ Agencia local: _____

organismo/tribunal donde se presentó la denuncia.

Nombre: _____

Título: _____

Agencia: _____

DIRECCIÓN: _____

Telephone: _____

Section VI:

Nombre de la agencia que presenta la queja contra: _____

Nombre de la persona que presenta la queja: _____

Título: _____

Ubicación: _____

Número de teléfono (si está disponible): _____

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.

Su firma y fecha son requeridas a continuación:

Firma

Fecha

Envíe este formulario en persona a la siguiente dirección, o envíe este formulario por correo a:

Ciudad de Church Hill/Centro para
personas mayores Melissa Roberson,
Coordinadora del Título VI PO Box 366/300 East Main Street, Church
Hill, TN 37642 423-357-6161; fax
423-357-8559 taxclerk@churchhilltn.gov

Puede encontrar una copia de este formulario en línea en www.churchhilltn.gov