



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Gobierno Municipal Autónomo de Carolina
Gerencia de Administración
Oficina de Igualdad de Oportunidades en el Empleo

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN PÚBLICA DE ACCESO AL LENGUAJE

Título VI, 42 U.S.C. 2000d et seq., promulgada como parte de la Ley de Derechos Civiles de 1964, requiere que "Ninguna persona en los Estados Unidos, por motivos de raza, color u origen nacional, sea excluida de la participación, se le negarán los beneficios o se le negará sujeto a discriminación bajo cualquier programa o actividad que recibe asistencia financiera federal".

Favor de escribir claramente

Fecha: _____ Idioma Principal: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Número Teléfono: (Casa) _____ (Cel): _____

Nombre de la persona afectada: _____

Dirección de la persona afectada: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Fecha de los hechos alegados: _____

¿Dónde tuvo lugar los alegados hechos ocurridos? Por favor, indique el Departamento del Municipio

Naturaleza de la querrella Falta de asistencia en su idioma. Falta de materiales traducidos

Otro (Especifique): _____

Nombre del empleado del municipio que trató de ayudarlo: _____

¿Avisó al empleado del municipio de su preferencia de idioma? Si No

Si es así, ¿cómo? _____

¿Solicitó algún material traducido al departamento del municipio al que estaba accediendo? Si No

Si es así, ¿cómo? _____

¿Los documentos fueron traducidos a su idioma? Si No

¿Has intentado resolver el asunto con el departamento del municipio? Si No

Si es así, favor de proveer la siguiente información:

Fecha en que trató de resolver el asunto: _____

Nombre de la persona que habló (si lo sabe):

Respuesta del departamento del municipio: _____

Describa cómo no se le proporcionó acceso significativo a los servicios y programas del Municipio:

Enumere los nombres y números de teléfono de todos los testigos:

1. _____

2. _____

3. _____

¿Qué tipo de acción correctiva le gustaría ver?

Favor de proveer el nombre de la persona que lo asistió a completar este formulario (Si aplica)

Nombre: _____

Teléfono: _____

PRESENTAR ESTE FORMULARIO DE RECLAMACIÓN NO CONSTITUYE LA PRESENTACIÓN DE UN CARGO

El recibo de este formulario de querrela por parte del Municipio de Carolina actuará en la fecha de llenado de la querrela.
Mantega una copia para su record

Firma

Fecha

Nombre

Favor de anejar cualquier documento que tenga, que ayude a la querrela y envíelo a:

**Gobierno Municipal Autónomo de Carolina
Oficina de Igualdad de Oportunidades en el Empleo
PO Box 8
Carolina, PR 00986-0008**

El Municipio de Carolina se compromete a mejorar el acceso en sus programas, servicios y actividades para personas con dominio limitado del inglés.