



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 querella  Falta de asistencia en su idioma  Falta de materiales traducidos

Otro (Especifique):

Nombre del empleado del municipio que trató de ayudarlo:



**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.  
**Mantenga 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.**