Title VI Complaint Form

Note: The following information is needed to assist in processing your complaint.

A. Complainant's information:

Name: _____

Address: _____

City/State/Zip Code: _____

Telephone Number (Home): _____

Telephone Number (Work): _____

Email Address: _____

Accessible Format Requirements? (Select One or More)

- o Large Print
- o Other Language
- o Other

If other, please explain: _____

B. Person discriminated against (if someone other than complainant):

Name: _____

Address: _____

City/State/Zip Code: _____

Telephone Number (Home): _____

Telephone Number (Work): _____

Email Address: _____

Relationship to 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.

o Yes
o No

C. Which of the following best describes the reason you believe the discrimination took place?

_____Race _____Color _____National Origin

D. On what date(s) did the alleged discrimination take place?

Date: _____
Date: _____
Date: _____
Date: _____
Date: _____

Other:

_____
_____
_____

E. Please describe the alleged discrimination.

Explain what happened and whom you believe was responsible. 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 additional space is needed, add a sheet of paper.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

F. Have you filed this complaint with any other Federal, State, or local agency, or with any Federal or State court? List all that apply.

Federal Agency_____

Federal Court _____

State Agency _____

State Court _____

Local Agency _____

If you have checked above, please provide information about a contact person at the agency/court where the complaint was filed.

Name: _____

Title: _____

Address: _____

City/State/Zip Code: _____

Telephone Number (Home): _____

Telephone Number (Work): _____

Email Address: _____

G. Please sign below. You may attach any written materials or other information that you think is relevant to your complaint.

Signature _____ Date _____

Attachments: Yes_____ No_____

H. Submit form and any additional information to:

Diane T. Testa, Borough Administrator, 59 Anderson Avenue, Fairview, NJ 07022
dtesta@fairviewborough.com

Title VI Program: Please mail your completed form to: Title VI Program Coordinator, FTA Office of Civil Rights East Building 5th Floor - TCR, 1200 New Jersey Avenue., S.E. Washington D.C. 20590

Administracion Federal de Transito
Oficina de Derechos Civiles Formulario de Demanda
Formulario de Demanda
Titulo VI

Nota: La siguiente informacion es necesaria para ayudar en la tramitacion de su demanda.
Informacion de A. Denunciante:

Nombre: _____
Direccion: _____
Ciudad / Estado / Codigo Postal: _____
Numero de telefono (Inicio): _____
Numero de Telefono (Trabajo): _____
Direccion De Correo Electronico: __

Requisitos formato accesible? (Seleccione una o mas)
o la ampliacion de foto
o cinta de audio
o Otros

B. persona discriminada (si alguien que no sea querellante):
Nombre: _____
Direccion: _____
Ciudad / Estado / Codigo Postal: _____
Numero de telefono (Inicio): _____
Numero de Telefono (Trabajo): _____
Direccion De Correo Electronico;
Relacion con la persona a la que se demanda: _____
Por favor, explique porque usted ha presentado para un tercero: _____
_____
_____
_____

Por favor, confirma que ha obtenido el permiso de la parte perjudicada, si usted esta presentando en nombre de un
tercero.
O Si
O No

C. Cual de las siguientes opciones describe mejor la razon por la que cree que se produjo la discriminacion ? Raza _____Color _____ Origen _____

D. (LED que fecha (s) ocurrio la supuesta discriminacion ocurrio?
Fecha: _____
Fecha: _____
Fecha: _____
Fecha: _____
Fecha: _____

Otros: _____
_____

E. Por favor, describa la supuesta discriminacion. Explique lo que paso y quien considera que fue responsable. Describir todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la informacion de contacto de la persona (s) que lo discrimino (si se conoce), asi como los nombres y la informacion de los testigos en contacto. Si necesita espacio adicional, agregue una hoja de papel.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

F. Ha presentado esta demanda ante cualquier otro, estatal o agencia local Federal, o con cualquier corte federal o estatal? Listartodos los que aplican.

Federal Agency_____
Tribunal Federal _____
Agencia Estatal _____
Tribunal Estatal_____
Agencia Local _____

Si ha comprobado anteriormente, proporcione informacion acerca de una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presento la denuncia.

Nombre: _____
Titulo: _____
Direccion: _____
Ciudad / Estado / Codigo Postal: _____
Numero de telefono (Inicio): _____

Numero de Telefono (Trabajo): _____
Direccion De Correo Electronico: _____

G. Por favor firme abajo. Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra informacion que usted piensa que es relevante para su demanda.
Firma _____ Fecha _____.
Adjuntos: Yes_____ No_____

H. Envie el formulario y cualquier informacion adicional a:

Diane T. Testa, Administradora, Municipalidad de Fairview, 59 Anderson Avenue, Fairview, NJ 07022 dtesta@fairviewborough.com

Programa del Titulo VI: Por favor envie su formulario complete a: Coordinador de Programa del Titulo VI, FTA Oficina de Derechos Civiles, East Building, 5th Floor - TCR, 1200 New Jersey Ave., SE, Washington, DC 20590