

## DENUNCIA POR DISCRIMINACIÓN EN CONFORMIDAD CON EL TÍTULO VI CONTRA CITY OF LAKE STEVENS, WASHINGTON

Si cree que ha sido objeto de discriminación debido a su raza, color o nacionalidad (incluido el dominio limitado del inglés) por programas o actividades de City of Lake Stevens, puede presentar una denuncia formal mediante este formulario y enviarlo por correo electrónico a [risk@lakestevenswa.gov](mailto:risk@lakestevenswa.gov) o por correo postal a City of Lake Stevens, Attn: Title VI Coordinator, 1812 Main St., P.O. Box 257, Lake Stevens, WA 98258.

### Su información de contacto

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección postal (calle/casilla postal, ciudad, estado, código postal): \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Horario en el que podemos comunicarnos con usted respecto a esta denuncia:

☐ 7 a. m. - 10 a. m. ☐ 10 a. m. - 1 p. m. ☐ 1 p. m. - 4 p. m. ☐ 4 p. m. - 7 p. m.

¿Está presentando esta denuncia en su propio nombre? ☐ Sí ☐ No

**Si la respuesta es no, complete la siguiente información:**

Nombre de la parte perjudicada: \_\_\_\_\_

Dirección postal de la parte perjudicada (calle/casilla postal, ciudad, estado, código postal): \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la parte  
perjudicada: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico de la parte perjudicada: \_\_\_\_\_

Relación del demandante con la  
parte perjudicada: \_\_\_\_\_

¿Tiene permiso para presentar esta denuncia? ☐ Sí ☐ No

### ¿En qué se basó la presunta discriminación?

Seleccione todas las opciones que correspondan:

- ☐ Raza  
☐ Color  
☐ Nacionalidad (incluido el dominio limitado del inglés)

### Fecha del presunto incidente:

**Agencia responsable de la presunta discriminación:** City of Lake Stevens, Washington

Nombre del empleado (si se conoce): \_\_\_\_\_

Departamento (si se conoce): \_\_\_\_\_

Dirección/ubicación (si se conoce): \_\_\_\_\_

**Declaración de denuncia:** describa la presunta discriminación. Explique qué ocurrió, por qué cree que sucedió y de qué forma sufrió discriminación. Mencione quién estuvo involucrado. Asegúrese de describir cómo cree que otras personas fueron tratadas de forma diferente a usted. Adjunte a este formulario cualquier otro documento que sea de utilidad para respaldar su denuncia.

**¿Qué compensación busca obtener por la presunta discriminación?** Tenga en cuenta que este proceso no tendrá como resultado el pago por daños punitivos ni compensación económica.

**Mencione a otras personas (empleados o testigos) a quienes debamos contactar para obtener más información que respalde su denuncia.** Indique los números de teléfono, direcciones, correos electrónicos, etc., de estas personas.

<u>Nombre</u>	<u>Ciudad</u>	<u>Estado</u>	<u>Código postal</u>	<u>Correo electrónico</u>	<u>Número de teléfono</u>
---------------	---------------	---------------	----------------------	---------------------------	---------------------------

**Mencione cualquier otra agencia a la que haya presentado esta misma denuncia:**

<u>Nombre</u>	<u>Estado</u>
---------------	---------------

**Declaro que, a mi leal saber y entender, la información anterior es verídica. Entiendo que toda la información pasa a ser de dominio público tras la presentación de esta denuncia.**

\_\_\_\_\_  
**Demandante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Parte perjudicada**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**