

**GOBIERNO DE LAS ISLAS VIRGENES DEPARTAMENTO DE OBRAS PÚBLICAS**

**FORMULARIO DE QUEJAS DEL TÍTULO VI**

Nombre de la persona que presenta la queja:	Sexo:	Raza /Grupo Étnico:
---	-------	---------------------

Domicilio Particular Calle:	Ciudad, Estado:	Código Postal:
-----------------------------	-----------------	----------------

Teléfono de La Casa:	Teléfono Móvil:	Teléfono Otra :
----------------------	-----------------	-----------------

Dirección de Correo Electrónico:	Formato accesible preferido:
----------------------------------	------------------------------

Persona Discriminada: (is no es la misma que presenta la queja)

Domicilio Particular Calle:	Ciudad, Estado:	Código Postal:
-----------------------------	-----------------	----------------



**FUNDAMENTO ESPECÍFICO DE LA DISCRIMINACIÓN: (Marque los casilleros que correspondan)**

Raza
  Color
  Nacionalidad

Fecha del presunto acto o actos de discriminación. (Si necesita más espacio, adjunte hojas adicionales)

**DEMANDADO: (Persona Contra La Cual Se Presenta La Queja)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Puesto de Trabajo: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Describe de qué manera fue discriminado(a). ¿ Qué sucedió y quiénes fueron los responsables? Si necesita más espacio, adjunte hojas adicionales.

Nombres de las personas — testigos, compañeros de trabajo, supervisors u otros a quienes podemos contactar para obtener información adicional. Apoyo o aclaración de su queja:

1. Nombre:	Teléfono:
------------	-----------

2. Nombre:	Teléfono:
------------	-----------

3. Nombre:	Teléfono:
------------	-----------

¿Presentó esta demanda ante otra agencia local, estatal o federal, o ante un tribunal estatal o federal?  Sí  No

Si la respuesta es sí, marque los organismos ante los cuales present la demanda:

Agencia Federal  Tribunal Federal  Agencia Estatal  Tribunal Estatal  Agencia Local

Fecha de Presentación \_\_\_\_\_

Proporcione información de contacto de un representante del organism adicional (agencia o tribunal) ante el cual presentó la demanda:

Nombre:

Teléfono:

Address:

Ciudad, Estado:

Código Postal:

Firme esta demanda en el espacio que figura a continuación. Adjunte todo document de respaldo.

Firma:

Fecha:

Por favor envíe este formulario en persona o envíe por correo este formulario a:

Gobierno de las Islas Virgenes de los Estados Unidos  
Departamento de Obras Públicas  
Oficina de Derechos Civiles  
Esperanza 6002 Finca Anna, Christiansted, St. Croix, VI 00820-4428