

Adams County Council zum Thema Altern

Titel VI Beschwerdeformular

Abschnitt I:			
Name:			
Adresse:			
Telefon (Haus):		Telefon (Arbeit):	
E-Mail-Adresse:			
Barrierefreie Formatanforderungen?	Großdruck		Audio-CD
	TDD		Andere
Abschnitt II:			
Reichen Sie diese Beschwerde in Ihrem eigenen Namen ein?		Ja*	NEIN
*Wenn Sie diese Frage mit „Ja“ beantwortet haben, gehen Sie zu Abschnitt III.			
Falls nicht, geben Sie bitte den Namen und die Beziehung der Person an, für die Sie diese Beschwerde einreichen:			
Bitte erläutern Sie, warum Sie einen Antrag für einen Dritten gestellt haben:			
Bitte bestätigen Sie, dass Sie die Erlaubnis des Geschädigten eingeholt haben, wenn Sie im Namen eines Dritten einreichen.		Ja	NEIN
Abschnitt III:			
Ich glaube, die Diskriminierung, die ich erfahren habe, beruhte auf (alles Zutreffende ankreuzen): [] Rasse [] Farbe [] Nationale Herkunft [] Geschlecht [] Alter [] Behinderung [] Niedriges Einkommen Datum der mutmaßlichen Diskriminierung (Monat, Tag, Jahr): _____ Erklären Sie so genau wie möglich, was passiert ist und warum Sie glauben, diskriminiert worden zu sein. Beschreiben Sie alle beteiligten Personen. Geben Sie den Namen und die Kontaktinformationen der Person(en) an, die Sie diskriminiert haben (sofern bekannt), sowie die Namen und Kontaktinformationen von Zeugen. Wenn mehr Platz benötigt wird, verwenden Sie bitte die Rückseite dieses Formulars. _____ _____ _____ _____			

Abschnitt IV:

Haben Sie zuvor eine Beschwerde nach Titel VI bei dieser Behörde eingereicht?

Ja

NEIN

Abschnitt V:

Haben Sie diese Beschwerde bei einer anderen Bundes-, Landes- oder Kommunalbehörde oder bei einem Bundes- oder Landesgericht eingereicht?

Ja Nein

Wenn ja, kreuzen Sie alles Zutreffende an:

Bundesamt _____ Staatliche Agentur _____

Bundesgericht _____ Staatsgericht _____

Lokale Agentur _____

Bitte geben Sie einen Ansprechpartner bei der Behörde/dem Gericht an, bei dem die Beschwerde eingereicht wurde.

Name:

Titel:

Agentur:

Adresse:

Telefon:

Abschnitt VI

Name der Agentur, gegen die sich diese Beschwerde richtet:

Gesprächspartner:

Titel:

Telefonnummer:

Sie können beliebige schriftliche Materialien oder andere Informationen beifügen, die Ihrer Meinung nach für Ihre Beschwerde relevant sind.

Unterschrift und Datum sind unten erforderlich.

Unterschrift

Datum

Bitte reichen Sie dieses Formular persönlich bei der unten stehenden Adresse ein oder senden Sie dieses Formular per Post an:

Adams County Council zum Thema Altern
Attn: Geschäftsführer
1109 Dayton Street, Raum 1
Decatur, IN 46733