

# Formulario de queja del Título VI de la ciudad de Bellevue



Si considera que los programas o las actividades de la ciudad han ejercido discriminación contra usted por su raza, color u origen nacional (incluido tener un dominio limitado del inglés), puede presentar una queja formal mediante este formulario y enviarlo por correo postal a:

**City of Bellevue**  
**Attn: Human Resource Director**  
**P.O. Box 90012**  
**Bellevue, WA 98009-9012**

Solo para el uso de la ciudad de Bellevue

Received		
Response		
Report		
Briefing		

Su nombre: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Horario más conveniente para comunicarnos con usted sobre esta queja:

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

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

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

¿En qué se fundó la discriminación? Seleccione todas las opciones que correspondan:

- Raza       Color       Origen nacional (incluido el dominio limitado del inglés)

Fecha del presunto hecho: \_\_\_\_\_

Agencia o persona(s) responsable(s) de la presunta discriminación:

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

\_\_\_\_\_  
Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono: \_\_\_\_\_





Enumere a todas las demás personas con las que debamos comunicarnos para tener información adicional que sustente su queja. Incluya números de teléfono, direcciones, direcciones de correo electrónico, etc.

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

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

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

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

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

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

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

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Indique a toda agencia ante la cual haya presentado esta misma queja:

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

---

Firma (obligatoria)

fecha



Para formatos alternativos, intérpretes o solicitudes de modificaciones razonables llame al menos 48 horas antes al 425-452-6168 (voz) o correo electrónico [bamson@bellevuewa.gov](mailto:bamson@bellevuewa.gov). Por quejas sobre las modificaciones, contacte a la ciudad de Bellevue ADA, Título VI y a los Agentes de Igualdad de Oportunidades en [ADATitleVI@bellevuewa.gov](mailto:ADATitleVI@bellevuewa.gov).