



## Carlin Senior Center Title VI Complaint Form – English

Title VI of the Civil Rights Act of 1964 states "No person in the United States shall, on the ground of race, color or national origin, be excluded from participation in, be denied the benefits of, or be subjected to discrimination under any program or activity receiving federal financial assistance."

Please provide the following information necessary in order to process your complaint. Assistance is available upon request. Complete this form and mail or deliver to: Carlin Senior Center, Madison Mahon, 151 S. Eighth Street, PO Box 787, Carlin, NV 89822.

Complainant's Name (please print): \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Telephone No. (Home): \_\_\_\_\_ (Cell): \_\_\_\_\_

Person discriminated against (if other than complainant)

Name (please print): \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Telephone No. (Home): \_\_\_\_\_ (Cell): \_\_\_\_\_

1. What was the discrimination based on? (Check all that apply):

☐ Race

☐ Color

☐ National Origin

2. Date of incident resulting in discrimination: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



3. Describe how you were discriminated against. What happened and who was responsible? For additional space, attach additional sheets of paper or use back of form.

---

---

---

---

4. Did you file this complaint with another federal, state or local agency, or with a federal or state court? (Check the appropriate space) ☐ Yes ☐ No

If your answer is yes, check each agency that a complaint was filed with:

☐ Federal Agency      ☐ Federal Court      ☐ State Agency      ☐ State Court  
☐ Local Agency      ☐ Other

5. Provide the contact person information for the agency you also filed the complaint with:

Name: \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Date Filed: \_\_\_\_\_

Sign below and be sure to attach or provide any supporting information that you believe may support your claim.

---

Complainant's Signature      Date

## AGENCY NAME - Título Vi Denuncia Forma - Español

Título VI de la ley de derechos civiles de 1964 Estados "ninguna persona en los Estados Unidos, por razón de raza, color u origen nacional, excluida de la participación en, ser negada los beneficios de o ser objeto de discriminación bajo cualquier programa o actividad recibiendo asistencia financiera federal". Dos órdenes ejecutivas extender las protecciones del título VI a la justicia ambiental, que también protege a las personas de bajos ingresos y habilidad limitada de inglés (LEP). Por favor proporcione la siguiente información necesaria para procesar su queja. Asistencia está disponible a petición. Complete este formulario y correo o entregar: Carlin Senior Center, Madison Mahon, 151 S. Eighth Street, PO Box 787, Carlin, NV 89822.

El nombre del Querellante (por favor imprima): \_\_\_\_\_

Domicillio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Numero de telefono (Casa): \_\_\_\_\_ (Cell): \_\_\_\_\_

Persona discriminada (si no es querellante)

Nombre (por favor imprima): \_\_\_\_\_

Domicillio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Numero de telefono (Home): \_\_\_\_\_ (Cell): \_\_\_\_\_

1. ¿Qué se basa la discriminación? (Marque todas las que apliquen):

☐ Raze

☐ Color de Piel

☐ Pais de Origen

2. Fecha de incidente dando lugar a la discriminación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

3. Describir cómo fueron discriminados. ¿Lo que pasó y quién fue el responsable? Para espacio adicional, adjuntar hojas adicionales de papel o la parte posterior del formulario.

---

---

---

---

4. ¿Presentó esta denuncia con otro federal, estatal o agencia local; o ante un tribunal federal o estatal. (Compruebe el espacio correspondiente) ☐ Sí ☐ No

Si tu respuesta es Sí, compruebe cada agencia que una denuncia con:

|                                          |                                              |                                          |
|------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Agencia Federal | <input type="checkbox"/> Corte Federal Court | <input type="checkbox"/> Agencia Estatal |
| <input type="checkbox"/> Corte Estatal   | <input type="checkbox"/> Agencia Local       | <input type="checkbox"/> Otro            |

5. Proporcionar la información de contacto para la agencia que también presentó la denuncia ante:

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

Domicilio: \_\_\_\_\_

Cuidad: \_\_\_\_\_ Estado : \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de archivo: \_\_\_\_\_

Firmar a continuación y asegúrese de fijar o proporcionar cualquier información de apoyo que usted cree puede apoyar su reclamo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Querellante

\_\_\_\_\_  
Fecha