

CHAUTAUQUA COUNTY

Discrimination Complaint Form

Section 1		
Name:	Phone #:	
Address:	Email:	
Accessible Format Requests: ☐ Large Print ☐ Audio Tape ☐ Other:		
Section 2		
Are you filing this complaint on your own behalf?	☐ Yes* ☐ No	*If yes, go to Section 3.
If you answered No, please write the Name and Relationship of the person for whom you are complaining:		
Please explain why you have filed for a third party:		
Please confirm that you have obtained permission from the aggrieved party if you are filing on behalf of a third party:		☐ Yes ☐ No
Section 3		
I believe the discrimination I experienced was based on (Check all that apply and fill out):		
☐ Race/Color or Ethnicity Please Specify:	☐ National Origin Please Specify:	
☐ Age Date of Birth:	☐ Disability Please Specify:	
☐ Sex/Gender Please Specify:	☐ Income Please Specify:	
☐ English Proficiency Please Specify:	☐ Retaliation/Other Please Specify:	
Date(s)/Time(s) of Alleged Discrimination (Month, Day, Year): _____		
Who allegedly discriminated against you?		
Name	Title (if applicable)	Contact Info
If an organization, what is its name?		
Name of Organization	Contact Info	Name of Contact

CHAUTAUQUA COUNTY

Discrimination Complaint Form Con't.

Section 3 Con't.

Explain as clearly as possible what happened and why you believe you were discriminated against. Describe all persons who were involved. Include the name and contact information of the person(s) who discriminated against you (if known). You may write any witnesses and their contact information in here or list below. Please describe the location of the alleged discrimination. If more space is needed, please use the back of this form.

Please list any witnesses to the alledged discrimination:

Name	Title	Contact Info

Section 4

Have you previously filed a Title VI complaint with us?

☐ Yes

☐ No

Have you filed this complaint with any other Federal, State or local agency or Court?

☐ Yes

☐ No

If yes, please list, with contact information: _____

Do you have an attorney in this matter?

☐ Yes

☐ No

If yes, please list, with contact information: _____

What is the resolution you are seeking in this matter? _____

You may attach any written materials or other information you think is relevant to your complaint.

Signature

Date

Please submit this form in person or via mail to the address below:

Chautauqua County Office of the County Executive
Attn: Compliance Officer / Title VI Coordinator
Gerace Office Building
3 North Erie Street
Mayville, NY 14757
(716) 753-4714

Condado de Chautauqua

Formulario de Queja de Discriminación

Sección 1			
Nombre:	Teléfono #:		
Dirección:	Correo electrónico:		
Solicitud de formato accesible: ☐ Impresión grande ☐ Cinta de audio ☐ Otro			
Sección 2			
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?	☐ Sí	☐ No	* En caso afirmativo, vaya a la Sección 3.
Si respondió No, por favor escriba el Nombre y la Relación de la persona por quien usted se está quejando:			
Por favor, explique por qué ha presentado un tercero:			
Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si está presentando en nombre de un tercero:			☐ Sí ☐ No
Sección 3			
Creo que la discriminación que experimenté se basó en (Marque todas las que apliquen y rellene):			
☐ Raza / Color o Etnia Por favor especifica:		☐ Origen Nacional Por favor especifica:	
☐ Años Fecha de nacimiento:		☐ Discapacidad Por favor especifica:	
☐ Sexo / Género Por favor especifica:		☐ Ingresos Por favor especifica:	
☐ Dominio del Inglés Por favor especifica:		☐ Represalias / Otros Por favor especifica:	
Fecha (s) / Hora (s) de Presunta Discriminación (Mes, Día, Año): _____			
¿Quién supuestamente discriminó contra usted?			
Nombre	Título (si procede)	Datos de contacto	
Si una organización, ¿cuál es su nombre?			
Nombre de la organización	Datos de contacto	Nombre del contacto	

Condado de Chautauqua
Formulario de Queja de Discriminación

Sección 3 Continuación

Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que discriminó (si se conoce). Puede escribir cualquier testigo y su información de contacto aquí o en la lista a continuación. Describa la ubicación de la supuesta discriminación. Si necesita más espacio, utilice la parte posterior de este formulario.

Por favor escriba cualquier testigo de la discriminación que se alega:

Nombre	Título	Datos de contacto

Sección 4

¿Ha presentado anteriormente una queja de Título VI con nosotros?

☐ Sí

☐ No

¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia o tribunal federal, estatal o local?

☐ Sí

☐ No

En caso afirmativo, sírvase enumerar, con información de contacto: _____

¿Tiene un abogado en este asunto?

☐ Sí

☐ No

En caso afirmativo, sírvase enumerar, con información de contacto: _____

¿Cuál es la resolución que está buscando en este asunto? _____

Usted puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.

Firma

Fecha

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

Chautauqua County Office of the County Executive
Attn: Compliance Officer / Title VI Coordinator
Gerace Office Building

3 North Erie Street
Mayville, NY 14757
(716) 753-4714