

**Title VI Complaint Form**

Note: The following information is needed to assist in processing your complaint.

A. Complainant's information:

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

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

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

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

Telephone Number (Home): \_\_\_\_\_

Telephone Number (Work): \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_

Accessible Format Requirements? (Select One or More)

- Large Print
- TDD
- Audio Tape
- Other

B. Person discriminated against (if someone other than complainant):

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

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

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

Telephone Number (Home): \_\_\_\_\_

Telephone Number (Work): \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_

Relationship to the person for whom you are complaining: \_\_\_\_\_

Please explain why you have filed for a third party: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



---

F. Have you filed this complaint with any other Federal, State, or local agency, or with any Federal or State court?  
List all that apply.

Federal Agency \_\_\_\_\_

Federal Court \_\_\_\_\_

State Agency \_\_\_\_\_

State Court \_\_\_\_\_

Local Agency \_\_\_\_\_

If you have checked above, please provide information about a contact person at the agency/court where the complaint was filed.

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

Title: \_\_\_\_\_

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

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

Telephone Number (Home): \_\_\_\_\_

Telephone Number (Work): \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_

G. Please sign below. You may attach any written materials or other information that you think is relevant to your complaint.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Attachments: Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

H. Submit form and any additional information to:

**Carteret Office On Aging**

**100 Cooke Avenue**

**Carteret, New Jersey 07008**

**Attention: Senior Transportation**

## Título VI Formulario de Queja

Nota: La siguiente información es necesaria para ayudar en la tramitación de su queja.

Información de A. Denunciante:

Fecha: \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Número de teléfono (Inicio): \_\_\_\_\_

Número de Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_

Dirección De Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Requisitos formato accesible? (Seleccione una o más)

o la ampliación de foto

o TDD

o cinta de audio

o Otros

B. persona discriminada (si alguien que no sea querellante):

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Número de teléfono (Inicio): \_\_\_\_\_

Número de Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_

Dirección De Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Relación con la persona a la que se quejan: \_\_\_\_\_

Por favor, explique por qué usted ha presentado para un tercero:

---

---

---

---

---

Por favor, confirma que ha obtenido el permiso de la parte perjudicada, si usted está presentando en nombre de un tercero.

o Sí

o No

C. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la razón por la que cree que se produjo la discriminación?

\_\_\_\_\_ Race \_\_\_\_\_ Color \_\_\_\_\_ National Origen

Otros:

---

---

---

---

D. ¿En qué fecha (s) ocurrió la supuesta discriminación ocurrió?

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

E. Por favor, describa la supuesta discriminación. Explique lo que pasó y quien considera que fue responsable. Describir todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que lo discriminó (si se conoce), así como los nombres y la información de los testigos en contacto. Si necesita espacio adicional, agregue una hoja de papel.

---

---

---

---

---

---

F. ¿Ha presentado esta queja ante cualquier otro, estatal o agencia local Federal, o con cualquier corte federal o estatal? Listar todos los que aplican.

Federal Agency \_\_\_\_\_

Tribunal Federal \_\_\_\_\_

Agencia Estatal \_\_\_\_\_

Tribunal Estatal \_\_\_\_\_

Agencia Local \_\_\_\_\_

Si ha comprobado anteriormente, proporcione información acerca de una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la denuncia.

Nombre: \_\_\_\_\_  
Título: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad / Estado / Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono (Inicio): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono (Inicio): \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_  
Dirección De Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

G. Por favor firme abajo. Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que usted piensa que es relevante para su queja.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Adjuntos: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

H. Envíe el formulario y cualquier información adicional a:

INSERT APROPIADO información de contacto aquí:

Carteret Office Envejecimiento  
100 Cooke Avenue  
Carteret, Nueva Jersey 07008  
Atención: Transporte Senior

Translate complaint form into hindi

## ਟਾਈਟਲ 6 ਫਾਰਮੂਲੇਰੀਓ ਕਿਉਜਾ

ਸੂਚਨਾ: ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣ ਲਈ ਪੁੱਛੋ.

A. ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਕਰਤਾ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਤਾਰੀਖ: \_\_\_\_\_

ਨਾਮ: \_\_\_\_\_

ਪਤਾ: \_\_\_\_\_

ਸ਼ਹਿਰ / ਰਾਜ / ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ: \_\_\_\_\_

ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ (ਘਰ): \_\_\_\_\_

ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ (ਕੰਮ): \_\_\_\_\_

ਈਮੇਲ ਖਾਤਾ: \_\_\_\_\_

ਪਹੁੰਚਣ ਯੋਗ ਫੋਰਮੈਟ ਦੀਆਂ ਲੋੜਾਂ? (ਇਕ ਜਾਂ ਵੱਧ ਚੁਣੋ)

- ਵੱਡੇ ਛਾਪੇ
- ਟੀ.ਡੀ.ਡੀ.
- ਐਡੀਓ ਟੇਪ
- ਹੋਰ

B. ਵਿਅਕਤੀ ਜਿਸ ਨਾਲ ਪੱਖਪਾਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ (ਜੇਕਰ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਹੋਵੇ):

ਨਾਮ: \_\_\_\_\_

ਪਤਾ: \_\_\_\_\_

ਸ਼ਹਿਰ / ਰਾਜ / ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ: \_\_\_\_\_

ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ (ਘਰ): \_\_\_\_\_

ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ (ਕੰਮ): \_\_\_\_\_

ਈਮੇਲ ਖਾਤਾ: \_\_\_\_\_

ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ ਜਿਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ: \_\_\_\_\_

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦੱਸੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਲਈ ਕਿਉਂ ਦਾਇਰ ਕੀਤਾ ਹੈ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਪੀੜਤ ਪਾਰਟੀ ਦੀ ਅਨੁਮਤੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਹੈ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਦੁਆਰਾ ਦਾਇਰ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ

- o ਹਾਂ
- o ਨਹੀਂ

C. ਹੇਠ ਦਰਜ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਹੜਾ ਕਿਹੜਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਕਾਰਨ ਦੱਸਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਵਿਤਕਰੇ ਹੋਏ ਸੀ?

\_\_\_\_\_ ਰੋਸੇ \_\_\_\_\_ ਰੰਗ \_\_\_\_\_ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ

ਹੋਰ:

D. ਕਿਸ ਤਾਰੀਖ (ਅੱ) 'ਤੇ ਕਥਿਤ ਵਿਤਕਰੇ ਨੇ ਪਾਲਸ ਲਿਆ?

ਮਿਤੀ: \_\_\_\_\_

ਮਿਤੀ: \_\_\_\_\_

ਮਿਤੀ: \_\_\_\_\_

ਮਿਤੀ: \_\_\_\_\_

ਮਿਤੀ: \_\_\_\_\_

ਹੋਰ:

---

---

---

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਕਥਿਤ ਵਿਤਕਰੇ ਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰੋ. ਸਮਝਾਓ ਕਿ ਕੀ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸ ਨੂੰ ਮੰਨਦੇ ਹੋ ਜਿੰਮੇਵਾਰ ਸ਼ਾਮਲ ਸਾਰੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰੋ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ (ਵਿਅਕਤੀ) ਦੀ ਨਾਮ ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ ਜਿਸ ਨੇ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਭੇਦਭਾਵ ਕੀਤਾ ਹੈ (ਜੇ ਜਾਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ) ਦੇ ਨਾਲ ਨਾਲ ਕਿਸੇ ਵੀ ਗਵਾਹ ਦੇ ਨਾਮ ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ. ਜੇ ਵਾਧੂ ਜਗ੍ਹਾ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਗਜ਼ ਦੀ ਇੱਕ ਸ਼ੀਟ ਜੋੜੋ.

---

---





ਜੀ. ਹੇਠਾਂ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ. ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਲਿਖਤੀ ਸਮੱਗਰੀ ਜਾਂ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਜੋੜ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਿਹੜੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਗਦੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਹੈ.

ਹਸਤਾਖਰ \_\_\_\_\_ ਤਾਰੀਖ \_\_\_\_\_

ਨੱਥੀ: ਹਾਂ \_\_\_\_\_ ਨੇ \_\_\_\_\_

ਐਚ: ਫਾਰਮ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ ਅਤੇ ਕੋਈ ਵਾਧੂ ਜ਼ੋਨੋਰਮਰੇਸ਼ਨ:

ਕਾਰਟਰੈਸਟ ਦਫਤਰ ਏਜੀਓ

100 ਕੂਕੇ ਐਵਨਿਊ

ਕਾਰਟੇਟ, ਨਿਊ ਜਰਸੀ 07008

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਸੀਨੀਅਰ ਆਵਾਜਾਈ