



Discrimination Grievance Form

The City of Coral Gables is committed to a policy of non-discrimination based on an individual’s race, color, national origin, sex, age, religion or family status. The purpose of this form is for you to let the City know if you believe that you were excluded from participation in or denied the benefits of the City’s services, programs and activities because of your race, color, national origin, sex, age, religion or family status.

La ciudad de Coral Gables está comprometida a una política anti-discriminatoria basada en raza, color, origen nacional, sexo, edad, religión ó estado familiar. El propósito de este formulario para que usted le deje saber a la ciudad si usted piensa que usted fue excluido de participar o negado beneficios de los servicios de la ciudad, programas y actividades debido a su raza, color origenen nacional, sexo, edad, religión ó estado familiar.

Note: If you are an individual with a disability and need assistance in completing this form, need the form in an alternative format (such as larger font), or need to submit the grievance in an alternative format (such as personal interview or by audio recording), please contact the City’s Non-Discrimination Coordinator (contact information at the end of this form).

Nota: Si usted es un individuo con alguna discapacidad y necesita asistencia para completar este formulario, necesita este formulario en un formato alterno (como letras mas grandes), o necesita someter su agravio en alguna forma alterna (como una entrevista personal o de grabación de audio), por favor póngase en contacto con el Coordinador de ADA de la Ciudad (la información de contacto se encuentra al final de este formulario).

PLEASE FILL OUT COMPLETELY/FAVOR LLENAR LA INFORMACION COMPLETA.

Section I/Sección I:		
Name/Nombre:		
Address/Dirección:		
Telephone Home/Teléfono (Casa):	(Work/Trabajo):	(Cell/Celular):
Email address/Correo Electrónico:		
Section II/Sección II:		
Are you filing this complaint on your own behalf?/¿Está usted presentando esta queja en su nombre?	Yes/Si*	No/No
<p>*If you answered “Yes” to this question, go to Section III. *Si contesto “Si” a esta pregunta, vaya a la Sección III.</p>		

If you answered “No” to this question, please supply the name and relationship of the person for whom you are complaining/Si contestó “No” a esta pregunta, por favor provea el nombre y tipo de relación de la persona por la cual se está quejando:

Please explain why you have filed for a third party/Por favor explique porqué está presentando por una tercera persona:

Please confirm that you have obtained the permission of the aggrieved party, if you are filing on behalf of a third party/Por favor confirme que usted obtuvo permiso de la persona agraviada, si esta presentando por una tercera persona.

Yes/Si

No/No

Section III/Sección III:

I believe I was discriminated against based on my (check all that apply)/Creo que fui discriminado basado en mi (marque todas las que apliquen):

- Race/Raza Color/Color National Origin/Origen Nacional
 Age/Edad____ Sex/Sexo____ Other/Otro_____

Date of alleged discrimination (month, day, year)/Fecha de la alegada discriminación (mes, día, año):_____

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) as well as names and contact information of any witnesses. (If more space is needed, please use the back of this form or attach additional sheet(s)).

Explique lo mas claro posible lo que pasó y porqué usted cree que fué discriminado. Describa todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y tambien la información de contacto de la persona(s) que discriminaron en su contra (si lo sabe) y tambien los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. (Si necesita mas espacio para escribir, use la parte de atrás de esta página ó le puede añadir otra(s) página(s)).

Section IV/Sección IV:		
<p>Have you previously filed a discrimination complaint against the City of Coral Gables?/<i>¿Ha radicado usted anteriormente alguna queja de discriminación en contra de la Ciudad de Coral Gables?</i></p> <p>If yes, please state the date of the grievance/<i>Si la respuesta es sí, favor indicar la fecha de la queja:</i></p> <p>_____</p>	Yes/ <i>Si</i>	No/ <i>No</i>
<p>Have you previously filed a discrimination complaint about the City of Coral Gables with a court or any other government agency? If yes, please identify the court or agency, and state the date of the complaint/<i>¿Ha radicado usted anteriormente alguna queja relacionada a discriminación acerca de la Ciudad de Coral Gables en la corte ó alguna otra agencia gubernamental?:</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p>	Yes/ <i>Si</i>	No/ <i>No</i>

You may attach any written materials or other information that you think is relevant to your grievance/*Usted puede adjuntar cualquier material escrito ó alguna otra información que usted considere relevante a su agravio.*

I certify that the statements provided in this form, and any attachments, are true and correct/*Yo certifico que lo declarado en este formulario, y cualquier adjunto, son verdad y correcto.*

Signature/*Firma*

Date/*Fecha*

Please submit this form in person at the address below, or send via mail or email to /*Favor de someter este formulario en persona a la dirección que aparece abajo, ó enviar por correo o correo electrónico a:*

Raquel Elejabarrieta, Non-Discrimination Coordinator
City of Coral Gables
2151 Salzedo Street, Suite #540
Coral Gables, FL 33134
E-mail: relejabarrieta@coralgables.com
Telephone (voice): 305-722-8686
TTY/TDD: 305-442-1600

An individual may also submit a written complaint directly to Florida Department of Transportation (FDOT) / *También puede presentar este formulario directamente al Departamento de Transporte de Florida (FDOT):*

Florida Department of Transportation Equal Opportunity Office
ATTN: Title VI Complaint Processing
605 Suwannee Street MS 65
Tallahassee, FL 32399

FDOT serves as a statewide clearinghouse for Title VI purposes and will either assume jurisdiction over the complaint or forward it to the appropriate federal or state authority for continued processing / *FDOT sirve como centro de intercambio de información estatal para fines del Título VI y asumirá la jurisdicción sobre la queja o la remitirá a la autoridad federal o estatal correspondiente para su procesamiento continuo.*

If information is needed in another language, please contact the Non-Discrimination Coordinator/*Si la información es requerida en otro lenguaje, favor de llamar al Non-Discrimination Coordinator.*