



**CITY OF HOMESTEAD TROLLEY SERVICE
Title VI Non-Discrimination Program
Complaint of Discrimination**

Complainant(s) Name: <i>Nombre(s) de(los) Reclamante(s):</i>	Complainant(s) Address: <i>Dirección(es) de(los) Reclamante(s):</i>						
Complainant(s) Phone Number: <i>Numero(s) de teléfono de(los) Reclamante(s):</i>							
Complainant's Representative's name, address, phone number and relationship(e.g. friend, attorney, etc.): <i>Nombre del representate del Reclamante, dirección, teléfono y relación (por ejemplo amigo, abogado, etc.)</i>							
Name and address of agency, instituion, or department whom you allege discriminated against you. <i>Nombre y dirección de la agencia, institución o departamento que used alega discrimino en su contra:</i>							
Name of the individual(s) whom you allege discriminated against you (if known) <i>Nombre(s) de(los) individuo(s) que used alega discriminaron in su contra (si lo sabe)</i>							
Date of alleged Discrimination (Fecha de la supuesta discriminación):	_____ 20____						
I believe the discrimination I experience was based on (check all that apply): <i>Creo que la discriminación que llo experimente fue basada en (marque todos los que apliquen):</i>	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px;"></td> <td style="padding-left: 10px;">Race (Raza)</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px;"></td> <td style="padding-left: 10px;">Color (Color)</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px;"></td> <td style="padding-left: 10px;">National Origin</td> </tr> </table>		Race (Raza)		Color (Color)		National Origin
	Race (Raza)						
	Color (Color)						
	National Origin						

Mail to (*Envie por correo a*) City of Homestead Trolley Service
 Attention: Ana Azicri 551 SE 8 Street, Homestead, Florida 33030
 This form may also be faxed to: (*Este formulario se puede enviar via fax*) 305-242-6888
 or via email at: (*via correo electronico*) aazicri@cityofhomestead.com



**CITY OF HOMESTEAD TROLLEY SERVICE
Title VI Non-Discrimination Program**

Complaint of Discrimination

Please list the name(s) and phone number(s) of any person, if known, that City of Homestead could contact for additional information to support or clarify your allegation(s).

Por favor enumere el(los) nombre(s) y teléfono(s) de cualquier persona, si sabe, que City of Homestead podría contactar para obtener información adicional para respaldar o aclarar lo que usted alega.

Please explain as clearly as possible how, why, when and where you believe you were discriminated against. Include as much background information as possible about the alleged acts of discrimination. Additional pages may be attached if needed.

Por favor explique lo mas claramente posible como, por que, cuando y donde cree usted que discriminaron en su contra. Incluya la mayor cantidad de información de segundo plano posible acerca de los supuestos actos de discriminación. Puede agregar paginas adicionales si es necesario.

Complainant(s) or Complainant (s) Representatives Signature:

Firma de(los) Reclamante(s) o de los representantes de(los) Reclamante(s):

Date of Signature

Fecha de la firma:

Date of Signature

Fecha de la firma: