



VILLAGE OF KEY BISCAINE

ADA/Title VI Grievance/Complaint Form *Formulario de Queja del ADA/Titulo VI*

Section I/Seccion I:		
Name/Nombre:		
Address/Direccion:		
Telephone (Home)/ Telefono (Casa):	(Work/Trabajo):	(Cell/Celular):
Email Address/Correo Electronico:		
Section II/Seccion II:		
Are you filing this complaint on your own behalf? <i>Esta usted presentando esta queja en su nombre?</i> <input type="radio"/> Yes/Si* <input type="radio"/> No/No		
*If you answered "Yes" to this question, go to Section III. * <i>Si contesto "Si" a esta pregunta, vaya a la Seccion III.</i>		
If you answered "No" to this question, please supply the name and relationship of the person for whom you are complaining: <i>Si contesto "No" a esta pregunta, por favor provea el nombre y el tipo de la relacion de la persona por la cual se esta quejando:</i>		
Please explain why you have filed for a third party: <i>Por favor explique porque esta presentando por una tercera persona:</i>		
Section III/Seccion III:		
I believe the discrimination I experienced was based on (check all that apply) <i>Yo creo que la discriminacion que experimente esta basada en (marque todas las que apliquen)</i>		
<input type="radio"/> Race/Raza	<input type="radio"/> Color/Color	<input type="radio"/> National origin/Origen Nacional
<input type="radio"/> Sex/Sexo	<input type="radio"/> Age/Edad	<input type="radio"/> Disability/Discapacidad
<input type="radio"/> Religion/Religion	<input type="radio"/> Family Status/Estado Familiar	

Date of alleged Discrimination (month/day/year):
Fecha de alegada discriminacion (mes/dia/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 los mas claro posible lo que paso y porque usted cree que fue discriminado. Describa todas las personas ques estuvieron involucrada. Incluya el nombre y tambien la informacion de contacto de las persona(s) que discriminaron en su contra (si lo sabe) y tambien los nombres y la informacion de contacto de cualquier testigo. (Si necesita mas espacio para escribir use la parte de atras de esta pagina o le puede añadir otra(s) pagina(s).)

Signature and date required below.
Firma y fecha requerida abajo.

Signature/*Firma:*

Date/*Fecha:*

Please submit this form in person at the address below, or fax, mail or email to:
Favor de someter este formulario en persona a la direccion que aparace abajo o enviar por fax, correo o correo electronico a:

Thomas Fossler, Esq.
Title VI Coordinator, ADA Coordinator
Village of Key Biscayne
88 West McIntyre Street, Suite 200
Key Biscayne, FL 33149
Email: tfossler@keybiscayne.fl.gov
Phone: 305-365-8919
Fax: 305-365-7757