

- Agency website, if available: www.ibervillesheriff.com
- Hard copy in the central office
- Agency Title VI Plan

Section I:

Name:

Address:

Telephone (Home): _____ **Telephone (Work):** _____

Email Address: _____

Accessible Format Requirements?	Large Print		Audio Tape
	TDD		Other

Section II:

Are you filing this complaint on your own behalf?	Yes*	No
---	------	----

*If you answered "yes" to this question, go to Section III.

If not, please supply 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 the permission of the aggrieved party if you are filing on behalf of a third party.	Yes	No
---	-----	----

Section III:

I believe the discrimination I experienced was based on (check all that apply):

Race Color National Origin Disability

Date of Alleged Discrimination (Month, Day, Year) _____

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.

Section IV

Have you previously filed a non-discrimination complaint with this agency?	Yes	No
--	-----	----

Section V

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

Yes No

If yes, check all that apply:

Federal Agency: _____

Federal Court _____ State Agency _____

State Court _____

Local Agency _____

Please provide information about a contact person at the agency/court where the complaint was filed.

Name:

Title:

Agency:

Address:

Telephone:

Section VI

Name of agency complaint is against:

Contact person:

Title:

Telephone number:

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

Signature and date required below

Signature

Date

If information is needed in another language, contact

225-687-5287

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

Iberville Sheriff's Office

Tommy Favaron, Director

58050 Meriam St. – Plaquemine, La. 70764

Formato de Reclamo del no discriminación del Iberville Sheriff's Office

Sección I:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono (Casa/Celular): _____ Teléfono (Trabajo): _____

Dirección de correo electrónico: _____

Sección II:

¿Está usted presentando esta queja personalmente: **Sí** **No**

* Si usted contestó "sí" a esta pregunta, pase a la Sección III.

Si su respuesta es "no", por favor escribe el nombre y la relación de la persona que está presentando la queja en contra: **Nombre:** _____ **Relación:** _____

Si usted está presentando una queja de parte de otra persona, por favor, explica porqué en el siguiente espacio:

¿Se ha obtenido el permiso de la parte perjudicada, si usted está presentando en nombre de un tercero: **Sí** **No**

Sección III:

Creo que la discriminación que experimenté fue basado en (marque todo lo que corresponda): **Raza** **Color** **Origen Nacional** **Discapacidad**

Fecha de la discriminación alegada (Mes, Día, Año): _____ **Date:** _____

Explique, lo más claramente posible, lo que sucedió y porqué usted cree que fue discriminado. Describe todas las personas involucradas. Incluye el nombre y la información de contacto de la persona (s) que lo discriminó (si se conoce), así como los nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, adjunte hojas adicionales a este formulario:

Sección IV

Ha previamente presentado una queja del discriminación con el Iberville Sheriff's Office **Sí** **No**

Sección V

¿Ha presentado esta queja con cualquier otro federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal? Sí No

En caso afirmativo, marque el nombre de todas las que correspondan:

Agencia Federal: _____
Tribunal Federal: _____
Agencia Estatal: _____
Tribunal Estatal: _____
Agencia local : _____

Sírvanse proporcionar información acerca de una persona de contacto en la corte / entidad donde se presentó la queja.

Nombre: _____
Título: _____
Agencia: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____

Sección VI

Nombre de la agencia/compañía de queja es contra: _____
Persona de contacto: _____
Título: _____
Teléfono: _____
Firma: _____
Fecha: _____

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.
Firma y fecha requeridas a continuación

Firma

Fecha

Si se necesita información en otro idioma, póngase en contacto con **225-687-5287**
Envíe este formulario en persona a la dirección que aparece a continuación, o envíe este formulario por correo a:

Iberville Sheriff's Office
Tommy Favaron, Director
58050 Meriam St. – Plaquemine, La. 70764