



**South Miami**  
City of Pleasant Living

City of South Miami

Title VI Non-Discrimination Program

**Complaint of Discrimination Form**

Complainant (s) Name: Nombre (s) del (los) Reclamante (s):		Complainant (s) Address: Direccion del (los) Reclamante (s):
Complainant (s) Phone Number: Numero de telefono del (los) Reclamante (s):		
Complainant's Representative's Name, Address, Phone Number and Relationship (e.g. friend, attorney, parent, etc); Nombre del representante del (los) Reclamante(s), direccion, telefono y relacion (Ejemplo: amigo, abogado, padre, etc);		
Name and Address of Agency, Institution, or Department that You Allege Discriminated Against You; Nombre y Direccion de la agencia, institucion o departamento que usted alega descrimino en su contra;		
Names of the individual (s) Whom You Allege Discriminated Against You (if known); Nombre (s) de (IOS) Individuo (s) que usted alega descriminacion en su contra (Si usted sabe).		
I believe the discrimination was based on: (check all that apply): Creo que la discriminacion fue basada (marque todos los que aplique):	<input type="checkbox"/> Race/Raza <input type="checkbox"/> Color/Color <input type="checkbox"/> National Origin/ Origen National <input type="checkbox"/> Sex / Genero <input type="checkbox"/> Age/ Edad <input type="checkbox"/> disability/ incapacidad <input type="checkbox"/> Religion/ Religión <input type="checkbox"/> Family Status/ Estado familiar <input type="checkbox"/> Other/Otro	Date of Alleged Discrimination: Fecha de la Supuesta Discriminacion:



<p>Please list the name (s) and phone number (s) of any person, if known, that City of South Miami could contact for additional information to support or clarify your allegation</p> <p>Por favor numere los nombre (s) y telefono (s) de cualquier persona, que la Ciudad de South Miami podria contactar para obtener informacion adicional para respaldar o aclarar lo que usted alega.</p>	
<p>Please explain as clearly as possible how, why, when and where you believe you were discriminated against. Please provide as much background information as possible about the alleged acts of discrimination. Additional Pages may be attached if needed.</p> <p>Explique lo más posible cómo, por qué, cuándo y dónde cree usted fue discriminado. Proporcione la mayor información de antecedentes posible sobre los supuestos actos de discriminación. Se pueden adjuntar páginas adicionales si es necesario.</p>	
Complainant (s) or Complainant (s) Representatives Signature: Firma de el (los) reclamante(s) or representante:	Date of Signature Fecha de la firma

Mail to /Enviar por correo a:

City of South Miami (CSM), 6130 Sunset Drive South Miami, FL 33143 Attn: Shari Kamali.

This form may also be faxed to: Este Formulario Tambien se puede enviar por fax a:

305-663-6345 Attn: Shari Kamali.

A complaint must be filed no later than 180 days after date of the alleged discrimination. Toda queja tiene que ser reportada durante los 180 dias siguiente al incidente de alegada discriminacion.