

**Miami-Dade Fire Rescue
Title VI Non-Discrimination Program
Complaint of Discrimination**

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

Por favor enumere el(los) nombre(s) y telefono(s) de cua/quier persona, si sabe, que podemos contactar para obtener informacion adicional para respaldar o aclarar lo que usted a/ega.

Tanpri, fè lis non ak nimewo telefòn kèlkeswa moun, si w konnen yo, ke Depatman Transpò ak Travo Piblik ta kapab kontakte pou plis enfòmasyon pou sipòte oswa klarifye alegasyon w lan (yo).

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 to mas claramente posible **como, por que, cuando y donde** cree usted que discriminaron en su contra. Incluya la mayor cantidad de informacion de segundo plano posible acerca de los supuestos actos de discriminacion. Puede agregar paginas adicionales si es necesario.*

*Tanpri, eksplike klèman **kijan, poukisa, kilè** ak **ki kote** ou kwè ke yo te fè diskriminasyon kont ou. Mete otan enfòmasyon fondamantal posib sou alegasyon zak diskriminasyon yo. Ou ka ajoute lòt paj si sa nesesè.*

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

Firma de(los) Reclamante(s) ode los representantesde(los) Rec/amante(s):

Siyati moun ki pote plent la (yo) oswa Reprezantan moun ki pote plent la (yo):

Date of signature:

Fecha de la firma:

Dat siyati a:

Miami-Dade Fire Rescue

Title VI Non-Discrimination Program

Complaint of Discrimination

Complainant(s) Name: <i>Nombre(s) de(los) Reclamante(s):</i> <i>Moun ki pote plent la (yo):</i>	Complainant (s) Address: <i>Dirección(es) de(los) Rec/amante(s):</i> <i>Adrès Moun ki pote plent la (yo):</i>
Complainant(s) Phone Number: <i>Numero(s) de telefonos de(los) Rec/amante(s):</i> <i>Nimewo telefòn Moun ki pote plent la (yo):</i>	
Complainant's Representative's Name, Address, Phone Number and Relationship (e.g. friend, attorney, parent, ect): <i>Nombre del representante del Reclamante, dirección, teléfono y relación (por ejemplo amigo, abogado, padre, etc.):</i> <i>Non, Adrès, Nimewo Telefòn Reprezantan Moun ki Pote Plent la, ak Relasyon avèk li (pa egzann zanmi, avoka, paran, e latrnye):</i>	
Name and Address of Agency, Institution, or Department Whom You Allege Discriminated Against You: <i>Nombre y dirección de la agencia, institución o departamento que usted alega discriminó en su contra:</i> <i>Non ak Adrès Ajans, Enstitisyon, oswa Depatman ke ou di ki te fè diskriminasyon kont ou an:</i>	
Names of the Individual (s) Whom You Allege Discriminated Against You (If Known): <i>Nombre(s) de(los) individuo(s) que usted alega discriminaron en su contra (si lo sabe):</i> <i>Non moun ou di ki te fè diskriminasyon kont ou an (Si ou konnen):</i>	
I believe the discrimination I experienced was based on (check all that apply): <i>Creo que la discriminación que yo experimente fue basada en (marque todos los que apliquen):</i> <i>Mwen kwè mwen ti viktim Diskriminasyon akòz (Tyeke sa ki aplikab):</i> ☐ Race Raza Ras ☐ Color Color Koulè ☐ National Origin Origen Nacional Orijin Nasyonal	Date of Alleged Discrimination: <i>Fecha de la supuesta discriminación:</i> <i>Dat alegasyon diskriminasyon an:</i>

Mail to/Envie por correo a/Voye pa lapòs nan: Miami-Dade Fire Rescue 9300 N.W. 41 Street, Doral, FL 33178
 Or email to/Este formulario también por correo electrónico/Oswa voye imel bay: MDFR.GeneralMailbox@miamidade.gov
 Or call/También por teléfono/Oswa rele tou: 786-336-6600

A complaint must be filed no later than 180 days after the date of the alleged discrimination.
Toda queja tiene que ser reportada dentro de los 180 días siguientes al incidente de alegada discriminación.
Moun dwe depoze yon plent pa pi ta pase 180 jou apre dat alegasyon diskriminasyon an.