

Township of Union – Complaint Form

Note: The following information is needed to assist in processing your complaint.

A. Complainant's information:

Name: _____
Address: _____
City/State/Zip Code: _____
Telephone Number (Home): _____
Telephone Number (Work): _____
Email Address: _____

Accessible Format Requirements? (Select One or More)

- Large Print
- TDD
- Audio Tape
- Other

B. Person discriminated against (if someone other than complainant):

Name: _____
Address: _____
City/State/Zip Code: _____
Telephone Number (Home): _____
Telephone Number (Work): _____
Email Address: _____

Relationship to 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

C. Which of the following best describes the reason you believe the discrimination took place?

____ Race ____ Color ____ National Origin

Other:

D. On what date(s) did the alleged discrimination take place?

Date: _____
Date: _____
Date: _____
Date: _____

Date: _____

Other:

E. Please describe the alleged discrimination. Explain what happened and whom you believe was responsible. 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 additional space is needed, add a sheet of paper.

F. Have you filed this complaint with any other Federal, State, or local agency, or with any Federal or State court? List all that apply.

Federal Agency _____
Federal Court _____
State Agency _____
State Court _____
Local Agency _____

If you have checked above, please provide information about a contact person at the agency/court where the complaint was filed.

Name: _____
Title: _____
Address: _____
City/State/Zip Code: _____
Telephone Number (Home): _____
Telephone Number (Work): _____
Email Address: _____

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

Signature _____ Date _____
Attachments: Yes _____ No _____

H. Submit form and any additional information to:

Township of Union – Legal Department
1976 Morris Avenue
Union, NJ 07083

Township of Union - Formulario de Queja

Nota: La siguiente información es necesaria para ayudarle a procesar su queja.

A. Información del reclamante:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad (*): Estado (*): Código postal: _____

Número de teléfono (domicilio): _____

Número de teléfono (trabajo): _____

Dirección de correo electrónico: _____

Requisitos de formato accesible? (Seleccione uno o más)

Impresión grande

TDD

Cinta de audio

Otro

B. Persona discriminada (si alguien que no es el demandante):

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad (*): Estado (*): Código postal: _____

Número de teléfono (casa): _____

Número de teléfono (trabajo): _____

Dirección de correo electrónico: _____

Relación con la persona por la que se queja: _____

Explique por qué ha presentado un tercero: _____

Por favor confirme que usted ha obtenido el permiso de la parte agraviada si usted está archivando en nombre de

Una tercera parte.

Si

No

C. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la razón por la que cree que ocurrió la discriminación?

____ Race ____ Color ____ National Origin

Otro: _____

Township of Union - Formulario de Queja

D. ¿En qué fecha (s) tuvo lugar la supuesta discriminación?

Fecha: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Otro: _____

E. Describa la supuesta discriminación. Explica lo que pasó y quién crees que fue responsable. Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto del Persona (s) que discriminó (si se conoce), así como nombres e información de contacto de cualquier persona testigos. Si necesita espacio adicional, agregue una hoja de papel.

F. ¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o con Tribunal estatal Enumere todas las que apliquen.

Agencia Federal _____

Corte federal _____

Agencia del estado _____

Tribunal estatal _____

Agencia Local _____

Si ha comprobado anteriormente, proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde La queja fue archivada.

Nombre: _____

Título: _____

Dirección: _____

Township of Union - Formulario de Queja

Ciudad (*): Estado (*): Código postal:

Número de teléfono (domicilio): _____

Número de teléfono (trabajo): _____

Dirección de correo electrónico:

G. Por favor firme abajo. Usted puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere pertinente

A su reclamación.

Fecha de firma _____

Adjuntos: Sí _____ No _____

H. Envíe el formulario y cualquier información adicional a:

Township of Union - Departamento Jurídico

1976 Morris Avenue

Union, NJ 07083

908-688-2800