

Título VI Formulario para Presentar Reclamaciones

Sección I

Nombre y apellido:

Dirección:

Teléfono (domicilio):

Teléfono (trabajo):

Correo electrónico:

¿Necesita otro formato?

TDD

Tipo grande

Otro

Grabación en audio

Sección II

¿Presenta usted esta queja de parte suya? Sí No

Si escogió "Sí," avance a la Sección III.

Si no, por favor provea nombre y apellido de la persona de parte de quien presenta la queja, y la relación /el parentesco que comparte con él/ella.

Explique, por qué presenta la queja de parte de otra persona.

Favor de reconfirmar que usted tiene el permiso de la otra persona. Sí No

Sección III

Creo que la discriminación que experimenté se debe a (marque todas las razones que se aplican):

Raza

Color

País de origen

Discapitación

Explique completamente y con toda la claridad posible lo que pasó y por qué usted cree que ha experimentado discriminación. Describa a todas las personas que participaron. Incluya los nombres y apellidos de los que discriminaron y explique cómo se puede ponerse en contacto con ellos (dirección, teléfono, correo electrónico) si es posible.

No se olvide de incluir la misma información sobre cualquier testigo que haya observado la discriminación. Si necesita más espacio, sírvase usar el otro lado de esta hoja.

Sección IV

En otra ocasión previa, ¿ha presentado usted una queja con esta agencia?

Sí

No

Si su respuesta es "Sí," por favor provea por consiguiente información de referencia en cuanto a la queja previa.

Sección V

¿Ha presentado usted esta queja con otra agencia (federal, estatal o local), o con una corte federal o estatal?

Sí No

Si respondió "Sí," marque todas la agencias o cortes que correspondan:

Agencia federal	Agencia estatal
Corte federal	Agencia local
Corte estatal	

Escriba por consiguiente cualquier información que tenga , perteneciente a una persona de la agencia o corte donde se presentó la queja:

Nombre y apellido(s):

Título:

Agencia:

Dirección:

Teléfono:

Sección VI

Nombre de la agencia contra la cual usted presenta la queja:

Nombre y apellido(s) de la persona contra quien presenta la queja:

Título:

Localidad:

Número de teléfono (si lo tiene):

Se puede adjuntar cualquier otro material o información que considere pertinente a su caso.

Abajo se requiere su firma y la fecha

Firma

Fecha

Por favor, presente este formulario personalmente o envíelo por correo a la siguiente dirección: Verde Valley Caregivers Coalition, etc.