

# Título VI Formulario de Reclamación

<b>Sección I:</b>		
Nombre:		
Dirección:		
Teléfono (casa):	Teléfono (trabajo):	
Correo electrónico:		
Requisitos de formato accesible	<input type="checkbox"/> Letra grande	<input type="checkbox"/> Grabación
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Otro
<b>Sección II:</b>		
¿Está presentando esta denuncia en su nombre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<i>* Si contestaste "sí" a esta pregunta, vaya a la sección III.</i>		
Si no, por favor suministrar el nombre y la relación de la persona para quien se quejan.		
Explique por qué usted está solicitando para otra persona:		
Por favor confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si está presentando en nombre de otra persona.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>Sección III:</b>		
Creo que la discriminación que viví fue basada en (marque todos que aplican):		
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen nacional		
Fecha de la supuesta discriminación (mes, día, año): _____		
Explicar lo más claramente posible lo que sucedió y por qué usted cree que fueron discriminados. Describir a todas las personas que participaron. Incluir el nombre e información de contacto de la persona que discriminó (si se conoce) así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, utilice el dorso de este formulario.		
_____		
_____		
_____		
<b>Sección VI:</b>		
¿Usted ha presentado anteriormente una queja del título VI con esta agencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

En caso afirmativo, proporcione por favor cualquier información de referencia sobre su queja anterior :

---

**Sección V:**

¿Se presentó esta queja con cualquier otro Federal, estado o agencia local o con cualquier Tribunal Federal o estatal?

Sí                       No

En caso afirmativo, marque todas las que aplican:

Agencia Federal: \_\_\_\_\_

Tribunal Federal: \_\_\_\_\_       Agencia del Estado: \_\_\_\_\_

Corte Estatal: \_\_\_\_\_       Agencia de Local: \_\_\_\_\_

Por favor proporcionar información sobre una persona de contacto en la Agencia/tribunal donde se presentó la queja.

Nombre:

Título:

Agencia:

Dirección:

Teléfono:

**Sección VI:**

Nombre de denuncia de la agencia es contra:

Nombre de la persona que la denuncia es contra:

Título:

Localización:

Número de teléfono (si está disponible):

Usted puede conectar cualquier material escrito u otra información que crees que es relevante a su queja. Su firma y la fecha se requieren a continuación.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Por favor enviar este formulario personalmente en la siguiente dirección, o enviar por correo este formulario a:

CHEEERS RECOVERY CENTER  
1950 W. Heatherbrae Suite 1  
Phoenix, AZ 85015  
Maria Whaley

Una copia de este formulario puede encontrarse en línea en [www.cheeers.org](http://www.cheeers.org)