

Formulario de quejas de discriminación

Section I:

Nombre:

Dirección:

Telefono (Casa):

Telefono (Trabajo):

Dirección de Correo Electrónico:

Disponible Formato

Letra Grande

Español

Section II:

¿Está presentando esta queja en su propio nombre?

Sí*

No

* Si usted contestó "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.

Si no es así, por favor proporcione el nombre y la relación de la persona para la cual se está quejando.

Por favor, explique por qué usted ha presentado para un tercero:

Por favor, confirma que ha obtenido el permiso de la parte perjudicada, si usted está presentando en nombre de un tercero.

Sí

No

Section III:

Creo que la discriminación que experimenté fue basado en (marque todo lo que corresponda):

Raza

Color

Origen Nacional

Discapacidad

Fecha de la Discriminación Presunta (mes, día, año): _____

Explique lo más claramente posible lo que pasó y por qué cree que fue discriminado. Describir todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que lo discriminó (si se conoce), así como los nombres y la información de los testigos en contacto. Si se necesita más espacio, por favor use la parte de atrás de este formulario.

¿Ha presentado previamente una queja del Título VI con esta agencia?

Yes

No

En caso afirmativo, sírvase proporcionar cualquier información de referencia con respecto a su queja anterior.

Section V:

¿Ha presentado esta queja ante cualquier otro, estatal o agencia local Federal, o con cualquier corte federal o estatal?

Si No

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

Agencia Federal: _____

Tribunal Federal: _____ Agencia Estatal: _____

Tribunal Estatal: _____ Agencia Local: _____

Sírvanse proporcionar información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la denuncia.

Nombre: _____

Título: _____

Agencia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Section VI:

Nombre de la agencia de queja es en contra: _____

Nombre de la persona queja es en contra: _____

Título: _____

Ubicación: _____

Número de teléfono (si está disponible): _____

Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que usted piensa que es relevante para su queja. Su firma y la fecha están obligados a continuación

Firma

Fecha

Por favor envíe este formulario en persona en la dirección física o de correo electrónico a continuación, o envíe este formulario a:

Adult Care Services , Yvonne Napolitano

844 Sunset Avenue

Prescott, AZ 86305

928-445-6384

yvonne@adultcareservices.org

Una copia de este formulario se puede encontrar en línea en www.adultcareservices.org