

# Formulario de quejas de discriminación

## Section I:

Nombre:

Dirección:

Teléfono (Casa):

Teléfono (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. Describa 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](mailto:yvonne@adultcareservices.org)

Una copia de este formulario se puede encontrar en línea en [www.adultcareservices.org](http://www.adultcareservices.org)