

Title VI Forma de Quejas

Seccion I:		
Nombre:		
Domicilio:		
Telefono (Casa):	Telefono (Trabajo):	
Correo Electronico:		
Requisitos accesibles en el formato?	<input type="checkbox"/> Imprenta Grande	<input type="checkbox"/> Cinta de Audio
	<input type="checkbox"/> TDD ?	<input type="checkbox"/> Otra
Seccion II:		
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?	<input type="checkbox"/> Si*	<input type="checkbox"/> No
<i>*Si a respondido "si" a esta pregunta, valla a Sección III.</i>		
Si no, por favor provéanos con el nombre y la relación de la persona por cual está usted haciendo la queja.		
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.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Seccion III:		
Creo que la discriminación que experimenté fue basado en (marque todo lo que corresponda):		
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Nacionalidad/Origen
Fecha de la Discriminación Presunta (mes, día, año): _____		
Explique lo más claro posible lo ocurrido y porque usted cree que fue discriminado. Describa todas las personas involucradas. Incluya nombres e información de contacto de las personas que discriminaron contra usted (si se conoce) también de los nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, use la parte de atrás de esta forma.		

Seccion VI:		
¿Ha presentado previamente una queja del Título VI con esta agencia?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

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

Seccion V:

¿Ha presentado esta queja con 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: _____

Corte Federal: _____ Agencia Estatal: _____

Corte Estatal: _____ Agencia Local: _____

Por favor preveenos información de contacto de la persona de la agencia/corte en donde la queja fue archivada.

Nombre:

Título:

Agencia:

Domicilio:

Telefono:

Seccion VI:

Nombre de la agencia por cual la queja es encontra:

Nombre de la persona por cual la queja es encontra:

Título:

Locacion:

Numero de telefono (si es conoce):

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 a la dirección indicada más abajo, o por correo:

United Cerebral Palsy Association of Central Arizona: Karla Verdugo

1802 West Parkside Lane

Phoenix, Arizona 85027

602-682-1870

kverdugo@ucpofcentralaz.org

Una copia de este formulario se puede encontrar en: **www.ucpofcentralaz.org**