

Formulario de Queja Título VI

Sección I

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Trabajo): _____

Correo Electrónico: _____

Requirere Formatos Especializados? Si No

Impresión Grande Cinta de Audio TDD Otro

Sección II

Está presentando esta queja en su propio nombre? Si No

*Si contesto "si" a esta pregunta, vaya a la Sección III. Si no, por favor proporcione el nombre y la relación de la persona la cual esta quejandose: _____

Por favor explique por que usted esta representando a esta persona: _____

Por favor confirme que usted ha obtenido el permiso del perjudicado si está presentando de su parte. Si No

Sección III

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

raza color origen nacional

Fecha de presunta discriminación (Mes, Fecha, Año): _____

Explique en la forma más clara posible que pasó y por que usted cree que fue victima de discriminación. Describa a todas las personas que fueron implicadas incluyendo los nombres y la información de contacto de todas las personas que lo discriminaron (si se conoce) también los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Si se necesita más espacio, por favor use la parte de atrás de este formulario.

Sección IV

A presentado previamente una queja del Titulo VI con esta agencia? Si No

Sección V

A presentado esta queja con el gobierno Federal, Estatal, u otra agencia local, o con una corte Estatal o Federal? Si No

Si es Si, Marque lo que corresponda:

Agencia Federal Corte Federal Agencia Estatal Corte Estatal Agencia Local

Por favor proporcione la información acerca de una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó su denuncia.

Nombre: _____

Título: _____

Agencia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Sección VI

Nombre de la agencia de la cual la denuncia esta en contra: _____

Persona de Contacto _____ Título: _____

Número de teléfono: _____

Puede incluir cualquier otra información referente a su queja.

Firma y fecha abajo

Firma

Fecha

Por favor envíe este formulario en persona o por correo a la dirección abajo:

Grievance Committee
Independent Living Partnership
6235 River Crest Drive, Suite C
Riverside CA 92507-0578.