**Formulario de queja de Discriminación ADA/Título VI**

|  |
| --- |
| **Sección I:**  |
| Nombre:  |
| Dirección:  |
|  Numero de Teléfono (Home): | Numero de Teléfono (Trabajo): |
| Dirección de correo electrónico: |
| ¿Requisitos de formato accesibles? | ☐ Large Print | ☐ Audio Tape |
| ☐ TDD | ☐ Other |
| **Sección II:**  |
| ¿Está presentando esta queja en su propio nombre? | ☐Sí | ☐ No |
| \*Si contestó "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III. |
| Si no es así, por favor provea el nombre y la relación de la persona para la que se queja.  |  |
| Por favor, explique por qué ha solicitado un tercero: |
| Por favor confirme que ha obtenido el permiso del agraviado si está presentando en nombre de un tercero. | ☐Sí | ☐ No |
| **Sección III:** |
| Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todos los que se aplican):☐ Race ☐ Color ☐ National Origin ☐ Disability Fecha de supuesta discriminación (mes, día, año): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Explique lo más claramente posible lo pasó y por qué ocurrió esta discriminación. Describir a todas las personas que participaron. Incluya el nombre y la información de contacto de las persona(s) que le discrimina contra usted (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si se necesita más espacio, por favor uses la parte posterior de este formulario.  |
| **Sección VI:** |
| ¿Ha presentado anteriormente una queja por discriminación con esta agencia? | ☐Sí | ☐ No |
| Si es así, por favor provea cualquier información de referencia sobre queja anterior. |
| **Sección V:** |
| ¿Ha presentado esta queja con cualquier otra agencia federal, estatal o local, o con algún tribunal federal o estatal?☐Sí ☐ NoSi es así, marque todas las que correspondan: ☐ Agencia Federal: ☐ Tribunal Federal: ☐ Agencia Estatal: ☐ Estatal Federal: ☐ Agencia Local:  |
| Por favor provea información acera de una persona de contacto en la Agencia/Tribunal donde se presentó la queja. |
| Nombre: |
| Título: |
| Agencia: |
| Direccion: |
| Numero de Teléfono: |
| **Sección VI:** |
| Nombre de la agencia que la queje está en contra: |
| Nombre de la persona que la queja está en contra: |
| Título: |
| Ubicación: |
| Numero de Teléfono: |

Usted puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere pertinente a su queja. Su firma y fecha son requeridos abajo:

Firma Fecha

**Env**í**e este formulario en persona a la siguiente dirección, o envíe este formulario a:**

People Who Care

Carol-Jean Meldahl, Executive Director

147 Grove Ave, Prescott, AZ 86304

928-455-2480

cjpwc@cableone.net **www.peoplewhocareaz.com**

Una copia de este formulario se puede encontrar en línea en: **www.peoplewhocareaz.com**

If information is needed in another language, contact **www.peoplewhocareaz.com**

Updated 5/2021