**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 ☐ No  Si 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