**FORMA DE QUEJAS DEL TITULO VI**

Sección I:

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono (Casa):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono (Trabajo):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Requisitos de Formas Accesibles? Grande Letras\_\_\_ Audio Tape\_\_\_\_

TDD \_\_\_ Otros \_\_\_\_

Sección II:

Usted está presentando esta queja por usted? Si\*\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

\*Si contestó "Sí" a esta pregunta, ir a la sección III.

Si no, por favor deme el nombre y la relación de la persona por quien esta poniendo la queja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por Favor explique por qué usted a presentado por un tercero: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por Favor confirme que ha obtenido el permiso del demandante si radicara en nombre de un tercero. Yes\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_

Sección III:

Yo Creo que he experimentado la discriminación (marque todas las que apliquen) \_\_\_\_Raza \_\_\_\_\_ Color \_\_\_\_\_\_ Nacional Origen

Otra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha en que ocurrio la discriminación (mes, día, año):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Explicar lo más claramente posible lo que pasó y por qué usted cree que fue discriminado. Describir a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya los nombres y la información de la persona que lo discriminó (si lo conoce) así como nombres y datos de los testigos. Si se necesita más espacio, utilice la pagina de atras de este formulario.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sección IV:

Anteriormente ha presentado una queja del Título VI con esta agencia?

Si \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sección V:

ha usted presentado esta queja con cualquier otra Agencia Federal, Estatal o local, o con cualquier Corte Federal o Estatal?

Si \_\_\_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_\_\_

Si es así, marque todas las que apliquen:

\_\_\_Agencia Federal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_Corte Federal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_Agencia de Estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_Corte de Estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_Agencia Local \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por Favor escribe la información sobre una persona de contacto en la Agencia o Corte donde se presentó la queja.

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titulo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Agencia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sección VI:

Nombre de la agencia contra la denuncia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Persona de contacto:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titulo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Usted puede entregar cualquier material escrito u otra información que crees que es relevante a su queja.

Firma y fecha se requieren abajo.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma

Fecha

Por favor, entrege este formulario en persona en la siguiente dirección, o envíe por correo este formulario a:

Disabled Resources Center, Inc., Title VI Coordinator

2750 East Spring Street, Suite 100

Long Beach, CA 90808

**Si necesita mas información en otro idioma, comuníquese al**

**562-427-1000.**