

Formulario de queja del Título VI

Sección I:		
Nombre:		
Dirección:		
Teléfono (Casa):		Teléfono (Trabajo):
Dirección de correo electrónico:		
¿Requerimientos de formato accesibles?	<input type="checkbox"/> Letra grande	<input type="checkbox"/> Cinta de audio
	<input type="checkbox"/> DTS	<input type="checkbox"/> Otro
Sección II:		
¿Presenta esta queja en su propio nombre?	<input type="checkbox"/> Sí*	<input type="checkbox"/> No
<i>* Si respondió afirmativamente a esta pregunta, pase a la sección III.</i>		
En caso contrario, indique el nombre y la relación con la persona por la que reclama.		
Por favor, explique el motivo por el que ha presentado la queja en nombre de una tercera persona:		
Confirme que ha obtenido la autorización de la parte agraviada si presenta la queja en nombre de un tercero.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sección III:		
Creo que la discriminación que sufrí se basó en (marque todo lo que corresponda):		
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Nacionalidad de origen		
Fecha de la supuesta discriminación (mes, día, año): _____		
Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué considera que fue víctima de discriminación. Describa a todas las personas implicadas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que le discriminó (si las conoce), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario.		

Sección VI:		
¿Ha presentado anteriormente una queja en relación con el Título VI ante esta agencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

En caso afirmativo, suministre cualquier información de referencia sobre su reclamo anterior.

Sección V:

¿Ha presentado esta queja ante algún otro organismo federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal?

Sí No

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

Agencia Federal: _____

Tribunal Federal: _____ Agencia Estatal: _____

Tribunal Estatal: _____ Agencia Local: _____

Por favor, suministre información sobre una persona de contacto en el organismo/tribunal donde se presentó la denuncia.

Nombre:

Cargo:

Agencia:

dirección:

Teléfono:

Sección VI:

Nombre de la agencia contra la que se presenta la queja:

Nombre de la persona contra la que se presenta la queja:

Cargo:

Ubicación:

Número de teléfono (si lo conoce):

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja. A continuación se requiere su firma y la fecha

Firma

Fecha

Presente este formulario en persona en la dirección indicada a continuación, o envíelo por correo a:

Scottsdale Training and Rehabilitation Services, Inc.

Director de Recursos Humanos

7507 East Osborn Road

Scottsdale, AZ 85251

(480) 994-5704

Puede encontrar una copia de este formulario en línea en <https://www.starsaz.org/links/title-vi-policy>