

Title VI - Queja Formulario

Osceola Council on Aging

Sección I:				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono (Casa):			Teléfono (Trabajo):	
Correo Electrónico:				
¿Requiere formato accessible?	Letra Grande		Cinta Audio	
	TDD		Otro	
Sección II:				
¿Está presentando esta queja para usted?			Sí*	No
*Si contesto "si" a esta pregunta, siga a la Sección III.				
Si no, por favor suministre el nombre y la relación de la persona a quien usted le esta completando esta queja:				
Explique por qué esta siendo representado por otra persona: _____				
Por favor confirme que ha obtenido el permiso del reclamante de esta queja.			Sí	No
Sección III:				
Creo que la discriminación que he experimentado se basaba en (marque todas las casillas que apliquen):				
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional <input type="checkbox"/> Age				
<input type="checkbox"/> Disability <input type="checkbox"/> Family or Religious Status <input type="checkbox"/> Otra (explain)				

Fecha de la Supuesta Discriminación (Mes, Día, Año):: _____				
Explique detalladamente lo que pasó y por qué usted cree que fue discriminado(a). Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y datos de contacto sobre la persona que discriminó (si lo conoce) así como nombres y datos de contacto de testigos. Por favor incluya cualquier otra información que podría ayudarnos en nuestra investigación de esta queja. Por favor suministre cualquier documentación relevante a esta queja.				

Sección IV				
¿Ha presentado esta queja con cualquier otra agencia Federal, estatal, local, o con cualquier Tribunal Federal o estatal?			Sí	No

Sección V	
En caso afirmativo, marque todos los que se aplican.	
[] Agencia Federal: _____	
[] Corte Federal _____	[] Agencia Estatal _____
[] Corte Estatal _____	[] Agencia Local _____
Sírvanse proporcionar información sobre la persona de contacto en la Agencia/corte donde se presentó la queja.	
Nombre:	
Título:	
Agencia:	
Dirección:	
Teléfono:	
Section VI	
Nombre de la agencia la cual esta denunciando esta queja:	
Nombre:	
Título:	
Teléfono:	

Usted puede incluir cualquier material escrito u otra información que sea pertinente a su queja.
Firma y fecha requerida abajo.

Firma Fecha

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

Dr. Johnola Morales, Chief of Staff
Osceola Council on Aging
700 Generation Point
Kissimmee, FL 34744