**Center for Independent Living Title VI Complaint Form**

FORMA DE QUEJA

|  |
| --- |
| Seccion I*: Escribir en forma legible*  |
| 1. Nombre: |
| 2. Direccion: |
| 3. Telefono:  | 3.a. Telefono secundario*(opcional):* |
| 4. Direccion de correo electronico: |
| 5.Reuistos de forma accesible?  | [  ]   Impresion grande | [  ]   Cinta de audio |
| [  ]   TDD               | [  ]   Otros |
| Seccion II: |
| 6.Esta presentando esta queja en su propio nombre?  | Si | No |
| \*Si usted contesto “Si” to #6, vaya a la Seccion III. |
| 7. If you answered “no” to #6, what is the name of the person for whom you are filing this complaint? Name:  |
| 8. Cual es su relacion con este individuo:  |
| 9. Por favor, explique por que han presentado para una tercera parte:  |
| 10. Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada en el archivo en su nombre.  | Si | No |
| Seccion III:  |
| 11.Creo que la discriminacion que he experimentado fue basado en *(marqu todas las que correspondan):* [  ]   Raza                                                  [  ]   Color                                     [  ]   Origin nacional  |
| 12. Fecha de supuesta discriminacion: (*mm/dd/aaaa)* |
| 13.Explica lo mas claramente posible lo que ocurrio y por que usted cree que son objeto discriminacion. Describir todas las personas que han participado. Incluir el nombre y la informacion de contacto de la(s) persona(s) que discrimina contra usted (si se conoce), asi como los nombres y la informacion de contacto de los testigos. Si se necesita mas espacio, por favor adjunte hojas adicionales de papel.  |

|  |
| --- |
| Seccion IV: |
| 14. 14. Anteriormente ha presentado un Titulo VI denuncia con la Center for Independent Living. | Si  | No |
| Seccion V: |
| 15. Ha presentado esta queja con cualquier otro local, estato o federal, o con cualquier Federal o Estato?[  ] Si\*        [  ] No si la respuesta es siMarque todo lo que apliqua[  ] Agencia Federal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [  ] Agencia Estatal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[  ] Federal Tribunal  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [  ] Agencia Local\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_           [  ] Tribunal Estatal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| 16. Si usted contesto "si" a la posicion #15, proporcionan informacion acerca de una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presento la denuncia. |
| Nombre:  |
| Titulo:  |
| Organismo: |
| Direccion:  |
| Telefono: Correo electronico:  |
| Seccion VI: |
| Nombre de organismo Transito denuncia es contra: |
| Persona de contacto: |
| Telefono: |