**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 si  Marque 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: | | |