Discrimination ADA/Title VI Complaint Form - Spanish

Formulario de reclamación de discriminación

La Seccion I:			
El Nombre:			
La Direccion:			
Teléfono (casa):	Teléfono (trabajo):		
Dirección de correo electrónico			
Requisitos de formato accesible?	☐Impresión	☐Cinta de audio	
	☐TDD	☐Otro	
La Seccion II:			
Está presentando esta queja en su propio nombre?		☐Si*	☐No
* Si contestó "sí" a esta pregunta, vaya a la sección III.			
Si no, por favor suministre el nombre y la relación de la persona para la cual usted se está quejando.			
Por favor explique por qué ha presentado una tercera parte:			
Por favor confirme que usted ha obtenido el permiso de la parte agraviada de si usted está presentando en nombre de una tercera persona		☐Si	☐No
La Seccion III:			

Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todos los que apliquen):

☐ **Raza** ☐ **Color** ☐**Origen Nacional** ☐ **Discapacidad**

Fecha de presunta discriminación (mes, día, año):

Explique lo más claramente posible lo que pasó y por qué cree que fue discriminado. Describir a todas las personas que participaron. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que discrimina contra usted (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, por favor use la parte posterior de este formulario.

La Seccion VI:

Ha presentado anteriormente una queja por discriminación con esta agencia?	☐ Si	☐ N
En caso afirmativo, proporcione cualquier información de referencia con respecto a su queja anterior.		
La Seccion V:		
Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o con cualquier agencia federal? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda: ☐ Agencia Federal: _____ ☐ Corte federal: _____ ☐ Agencia del estado: _____ ☐ Tribunal Estatal: _____ ☐ Agencia local: _____		
Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde la queja fue archivado.		
Nombre:		
Título:		
Agencia:		
Dirección:		
Teléfono:		
La Seccion VI:		
El nombre de la queja de la agencia es contra:		
La queja del nombre de la persona es contra:		
Título:		
Ubicación:		
Número de teléfono (si está disponible):		

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su reclamo. Su firma y fecha son requeridas a continuación.

_____ _____

Firma Fecha

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su reclamo. Su firma y fecha son requeridas a continuación:

Hope Lives-Vive la Esperanza
Debra Kurkoski, CEO
1551 West Van Buren Street, Phoenix, AZ 85007
855-747-6522
dkurkoski@vivehopelives.org

Se puede encontrar una copia de este formulario en línea en https://www.hopelivesaz.org