|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección 1:** | | | | | | | | | | | |
| **Nombre:** | | | | | | | | | | | |
| **Dirección** | | | | | | | | | | | |
| **Teléfono (Casa):** | | | | **Teléfono (Trabajo):** | | | | | | | |
| **Dirección de correo electrónico:** | | | | | | | | | | | |
| Requisitos de formato accesible? | ampliación de foto | |  | | | Cinta de audio | | | | |  |
| TDD | |  | | | **Otro** | | | | |  |
| **Sección II:** | | | | | | | | | | | |
| Está presentando esta queja en su propio nombre? | | | | | | | Si\* | | No | | |
| \*Si su respuesta es "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III. | | | | | | | | | | | |
| Si su repuesta es “no” a esta pregunta, por favor ponga el nombre y la relación de la persona a la que usted se queja: | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |
| Por favor, explique porqué se ha declarado en un tercero: | |  |  | | |  | | | |  | |
| Por favor, confirma que ha obtenido la autorización de la parte perjudicada si está presentando en nombre de un tercero. | | | | | | | **Si** | | | No | |
| **Sección III:** | | | | | | | | | | | |
| Creo que la discriminación que experimenté fue basado en (marque todo lo que corresponda):  [ ] Raza[ ] Color **[ ]** Origen nacional [] Años  **[ ] Discapacidad** [ ] Condición Religiosa o Familiar [ ] Otros (explicar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha de la discriminación alegada (mes, día, año): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Explicar lo más claramente posible lo que pasó y por qué cree que fue discriminado. Describir todas las personas que estuvieron involucradas. Incluir el nombre y la información de contacto de la persona (s) que lo discriminó (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si se necesita más espacio, por favor use el reverso de esta forma.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| **Sección IV** | | | | | | | | | | | |
| Ha presentado previamente una queja del Título VI con esta agencia? | | | | | | | Si | No | | | |

**Formulario de Quejas de Discriminación**

**Easter Seals Florida**

|  |
| --- |
| **Sección V** |
| Ha presentado esta queja con cualquier otro federal, estatal o agencia local, o con cualquier tribunal federal o estatal?  [ ] Si [ ] No  En caso afirmativo, marque lo que corresponda:  [ ] Agencia Federal:  [ ] Corte Federal: [ ]Corte Estatal:  [ ] Corte Estatal: [ ] Agencia Local: |
| Por favor proporcionar información sobre la persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja. |
| **Nombre:** |
| **Titulo:** |
| **Agencia:** |
| Dirección: |
| Teléfono: |
| **Sección VI** |
| Nombre de la agencia cual la queja es en contra: |
| Persona de Contacto: |
| Título: |
| Número de teléfono: |

Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que usted piensa que es relevante para su queja.

Firma y fecha requerida a continuación

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Fecha

Por favor envíe este formulario a la dirección a continuación:

Easter Seals Florida O Oficina de Derechos Civiles

Rob Porcaro . Administración de Tránsito Federal

2010 Crosby Way 1200 New Jersey Ave., SE

Winter Park, FL 32792 Washington, D.C. 20590