|  |
| --- |
| **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