

Easter Seals South Florida, Inc.

Titulo VI Forma de Agravio

Sección I:			
Nombre:			
Dirección:			
Teléfono (Casa):		Teléfono (Trabajo):	
Correo Electrónico:			
¿Requisitos de formato accesible?	Letra agrandada		Audio
	TDD		Otro
Sección II:			
¿Está usted presentando esta queja a manera personal?		Si*	No
*Si su respuesta fue "si" en esta pregunta, vaya a la sección III.			
Si no, por favor provea el nombre y qué relación tiene con la persona a la cual está usted representando:			
Por favor explique por qué llamo una solicitud de un tercero: _____			
Por favor confirma que ha obtenido permiso de ésta persona para presentar esta queja en su nombre.		Si	No
Sección III:			
Yo creo haber sido discriminado en base a (marque todo lo que corresponda):			
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Nacionalidad	<input type="checkbox"/> Edad
<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Familia o Religión	<input type="checkbox"/> Otro (explique)	

Fecha de la supuesta discriminación (Mes, Día, Año): _____			
Explique lo más claro posible lo ocurrido y por qué usted cree que fue discriminado. Describa todas las personas que estuvieron envueltas. Incluya el nombre y el número de contacto de la(s) persona(s) que lo discriminaron (si los conoce) y el nombre y número de contacto de los testigos si existen. Si necesita más espacio, por favor use la parte de atrás de esta hoja.			

Sección IV			
¿A usted presentado previamente una queja bajo el titulo VI en esta agencia?		Si	No

Sección V	
¿Ha usted presentado esta queja con alguna otra entidad Federal, estatal o local o en una corte federal o estatal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si su respuesta fue si, marque todo lo que corresponda:	
<input type="checkbox"/> Agencia Federal: _____	
<input type="checkbox"/> Corte Federal _____	<input type="checkbox"/> Agencia Estatal _____
<input type="checkbox"/> Corte Estatal _____	<input type="checkbox"/> Agencia Local _____
Por favor provea información de contacto de la persona a la cual le fue presentada la queja en dicha agencia o corte.	
Nombre:	
Título:	
Agencia:	
Dirección:	
Teléfono:	
Sección VI	
Nombre de la agencia sobre la cual se queja:	
Persona de Contacto:	
Título:	
Numero Telefónico:	

Usted puede adjuntar cualquier tipo de material escrito o alguna otra información que piense puede ser relevante para su queja. Si firma y la fecha son requeridas abajo.

Firma

Fecha

Por favor entregue esta forma personalmente o por medio del correo en la siguiente dirección:

Easterseals South Florida, Inc. Title VI Liaison
1475 NW 14th Avenue, Miami, FL 33125