

# Easter Seals South Florida, Inc.

## Titulo VI Forma de Agravio

<b>Sección I:</b>			
<b>Nombre:</b>			
<b>Dirección:</b>			
<b>Teléfono (Casa):</b>		<b>Teléfono (Trabajo):</b>	
Correo Electrónico:			
¿Requisitos de formato accesible?	Letra agrandada		<b>Audio</b>
	TDD		<b>Otro</b>
<b>Sección II:</b>			
¿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
<b>Sección III:</b>			
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.			
_____			
_____			
<b>Sección IV</b>			
¿A usted presentado previamente una queja bajo el titulo VI en esta agencia?		Si	No

<b>Sección V</b>	
¿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.	
<b>Nombre:</b>	
<b>Título:</b>	
<b>Agencia:</b>	
<b>Dirección:</b>	
<b>Teléfono:</b>	
<b>Sección VI</b>	
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 14<sup>th</sup> Avenue, Miami, FL 33125