

1.1 Formulario de Queja

Sección I:				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono(Casa):			Teléfono (Móvil):	
Correro Electrónico:				
Requisitos de formato accesibles?	Letra grande		Cinta de audio	
	TDD		Otro	
Sección II:				
Está presentando esta queja en su propio nombre?			Si*	No
* Si respondió afirmativamente a esta pregunta, vaya a la sección iii				
Si no es así, proporcione el nombre y la relación de la persona por la que se queja:				
Explique por qué ha presentado un tercero: _____				
Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si está presentando una declaración en nombre de un tercero.			Si	No
Sección III:				
Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todas las que apliquen):				
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> origen nacional <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> credo religioso <input type="checkbox"/> Otro (explica) _____				
Fecha de Presunta Discriminación (Mes, Día, Año): _____				
Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que discriminó (si se conoce), así como nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario				

Sección IV				
Ha presentado previamente una queja de Título VI con esta agencia?			Si	No

Sección V	
Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, marque todas las que correspondan:	
<input type="checkbox"/> Agencia Federal: _____	
<input type="checkbox"/> Tribunal Federal _____	<input type="checkbox"/> Agencia del Estado _____
<input type="checkbox"/> Corte Estatal _____	<input type="checkbox"/> Agencia Local _____
Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.	
Nombre:	
Título:	
Agencia:	
Dirección:	
Teléfono:	
Sección VI	
El nombre de la agencia en que la queja es en contra:	
Persona de Contacto:	
Título:	
Numero de Teléfono :	

Usted puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere pertinente a su queja.
Firma y fecha requerida abajo

Firma Fecha

Por favor envíe este formulario en persona a la dirección abajo, o envíe este formulario a:

Palm Beach Habilitation Center, INC.
Title VI Liaison
4522 S. Congress Ave.
Lake Worth FL, 33461