

NEW ADVANCES FOR PEOPLE WITH DISABILITIES

Formulario de Reclamación del Título VI

Section 1			
Nombre:			
Domicilio:			
Telefono de la casa: (Work): (Cell):			
Direccion de correo electronico			
Requisitos de formato accesibles?	Letra Grande	Cinta de audio	TDD
Section 2			
Usted esta presentando esta quja a su nombre?	Si*	No	
*Si usted contesto si a esta pregunta, vaya a la Seccion 3.			
Si no, por favor suministrar el nombre y la relacion de la persona por quien se esta quejando:			
El Nombre:	Relacion:		
<u>Por favor explique por que usted ha presentado por un tercero:</u>			
Por favor confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si esta presentando en hombre de un tercero.	Si	No	

Section 3

Creo que he la discriminacion experimentada fue basaba en (marque todo lo que se aplica):

Raza

Color

Origen Nacional

Fecha de la Supuesta Discriminacion (Mes, Dia, ANO): _____

Explicar lo mas claramente possible lo que paso y por que usted cree que fue discriminado/a. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya-el nombre e informacion de contacto de la persona que discrimino (si lo conoce) asi como nombres e informacion de contacto de testigos. Si se necesita mas espacio, por favor use el dorso de este formulario.

Section 4

Anteriormente ha presentado una queja de Titulo VI
on esta Agencia?

Yes

No

Ha presentado esta queja con cualquier otra angecia federal, estatal o local, o con cualquier tribunal federal or estatal?

Si No

En caso afirmativo, marque todo lo que se aplica:

Agencia Federal: _____

Agency Estatal: _____

Tribunal Federal: _____

Agencia Local: _____

Tribunal Estatal: _____

Section 5

Proporcione informacion sobre una persona de contacto en la agencia/corte donde se presento la queja:

Nombre:

Titulo:

Agencia:

Direccion:

Telefono:

Used puede adjuntar cualquier material escrito u otra inf-ormacion que crea ser pertinente a su queja.

Firma y fecha requerida a continuacion.

Firma

Fecha

Por favor, entregue este formulario en persona a la siguiente direccion, o envíe por correo este formulario a:

New Advances for People with Disabilities

3400 N. Sillect Avenue

Bakersfield, CA 93308