

Boley Centers, Inc. TITLE-VI-Complaint-form (Spanish)

Sección I:			
Nombre:			
Habla a:			
Teléfono (Casa):		Teléfono (trabajo):	
Dirección de correo electrónico:			
¿Requisitos de formato accesible?	Letra grande		Cinta de audio
	TDD		Otro
Sección II:			
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?		Si*	No
* Si respondió "sí" a esta pregunta, pase a la Sección III.			
De lo contrario, proporcione el nombre y el parentesco de la persona por la que se queja:			
Explique por qué ha presentado una solicitud a nombre de un tercero:			
Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si presenta la solicitud en nombre de un tercero.		si	No
Sección III:			
Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todos los que correspondan):			
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen nacional <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Estado familiar o religioso <input type="checkbox"/> Otro_____			
Fecha de la presunta discriminación (mes, día, año): _____			
Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de las personas que lo discriminaron (si se conocen), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario.			

Sección IV			
¿Ha presentado anteriormente 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 algún tribunal federal o estatal?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:
<input type="checkbox"/> Agencia Federal: _____
<input type="checkbox"/> Corte federal _____ <input type="checkbox"/> Agencia del estado _____
<input type="checkbox"/> Tribunal 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:
Habla a:
Teléfono:
Sección VI
Nombre de la agencia que presenta la queja en contra:
Persona de contacto:
Título:
Número de teléfono:

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.

Firma y fecha requerida a continuación

Firma Fecha

Envíe este formulario en persona a la dirección que figura a continuación, o envíe este formulario por correo a:

Boley Centres, Inc.
Tom Eckman, enlace del Título VI
12345 Dirección 445 31^ª la calle N.
San Petersburgo, FL 33713