

<b>Sección I:</b>			
Nombre:			
Habla a:			
Teléfono (Casa):		Teléfono (trabajo):	
Dirección de correo electrónico:			
¿Requisitos de formato accesible?	Letra grande		Cinta de audio
	TDD		Otro
<b>Sección II:</b>			
¿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
<b>Sección III:</b>			
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.			
_____			
_____			
<b>Sección IV</b>			
¿Ha presentado anteriormente una queja de Título VI con esta agencia?		si	No

<b>Sección V</b>
¿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.
<b>Nombre:</b>
<b>Título:</b>
<b>Agencia:</b>
<b>Habla a:</b>
<b>Teléfono:</b>
<b>Sección VI</b>
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  
 445 31<sup>st</sup> la calle N.  
 San Petersburgo, FL 33713