

ALLIANCE FOR INDEPENDENCE
FORMULARIO DE QUEJA DEL TITULO VI

| | | |
|----------------------------------|---------------------|--------------------------|
| Nombre: | | |
| Dirección : | | |
| Teléfono (casa): | Teléfono (celular): | Teléfono (trabajo/otra): |
| Dirección de correo electrónico: | | |

Sección II:

¿Esta presentado esta queja en su nombre?* Sí No

* Si respondió: "Sí" a esta pregunta, continuar a la sección III.

* Si respondió: "No" a esta pregunta, complete el resto de esta sección.

Nombre de la persona a la que se discrimino (si es alguien distinto de usted):

Nombre: _____ Relación : _____

Por favor explique por qué es presentado por tercera parte:

Si usted esta presentado en nombre de otra persona, por favor confirme que ha obtenido el permiso de esa persona:

Sí No

Sección III:

¿En que se baso la discriminacion?: (Marque todas las que corresponden):

Raza Color Origen Nacional

Fecha de la alegada discriminación (Día/Mes/Año): _____

Por favor explique lo más claramente posible qué pasó y como fueron discriminado. Describa todas las personas que fueron involucrados. Asegúrese de incluir cómo otros fueron tratados diferentemente. Si conocido, incluye el nombre y la información de contacto de la persona o personas que discrimino contra usted. Adicionalmente, incluye los nombres y la información de contacto de testigos, si se aplica. Si más espacio es necesario, puedes utilizar la parte atrás de este formulario. También, si está disponible ajunte pruebas escritas que se pertinente a su caso.

Sección IV

¿Ha presentado alguna queja de Título VI a esta agencia anteriormente? Sí No

Sección V

¿Ha presentado esta queja con otras agencias federal, estatal, local o con la corte federal o estatal?

Sí No

Si respondió "Sí", marque todas las que corresponden:

Agencia Federal Corte Federal Agencia Estatal Corte Estatal Agencia Local

Por favor proporcione informacion de un contacto en la agencia/corte donde se presento la queja:

Nombre y Título:

Agencia:

Dirección:

Teléfono:

Sección VI

Nombre de Agencia que la queja es contra:

Persona de Contacto:

Título:

Número de teléfono:

Firma y Fecha requerido a continuación:

Firma

Fecha

Por favor, envíe este formulario en persona o via correo a:

Shirley A. Balogh, Title VI Coordinator

Alliance for Independence

1038 Sunshine Drive East

Lakeland FL 33801