

Formulario de Queja Titulo VI de Inyo-Mono Association for the Handicapped

Formulario de Queja Titulo VI

Section I: <i>Please write legibly</i>		
1. Nombre:		
2. Direccion:		
3. Telefono:	3.a. Teléfono secundaria (opcional):	
4. Dirección de correo electrónico:		
5. Requisitos formato accesible?	<input type="checkbox"/> Letra Grande	<input type="checkbox"/> Cinta de audio
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Otros
Section II:		
6. ¿Está presentando esta queja de parte de usted?	Si*	NO
* Si usted contestó "sí" a # 6, vaya a la Sección III.		
7. Si usted contestó "no" a la # 6, ¿cuál es el nombre de la persona para la cual usted está presentando esta queja? Nombre:		
8.¿Cuál es su relación con esta persona:		
9. Por favor, explique por qué usted ha presentado para un tercero:		
10. Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada para presentar en su nombre.	Si	NO
Section III:		
11. Creo que la discriminación que experimenté fue basada en (marque todo lo que corresponda):		
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional		
12. Fecha de la supuesta discriminación : (dd / mm / aaaa)		
13. Explique lo más claramente posible lo que pasó y por qué cree que fue discriminado. Describir todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que lo discriminó (si se conoce), así como los nombres y la información de los testigos en contacto. Si se necesita más espacio, por favor use el reverso de este formulario.		

Formulario de Queja de:

Inyo-Mono Association for the Handicapped Titulo VI, Pagina 2

Section IV:		
14. ¿Ha presentado anteriormente una queja del Título VI con Inyo-Mono Association for the Handicapped?	SI	NO
Section V:		
15 ¿Ha presentado esta queja con cualquier otro federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal? [] SI* [] NO		
En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:		
[] Agencia Federal _____	[] Agencia Estatal _____	
[] Tribunal Federal _____	[] Agencia local _____	
[] Tribunal Estatal _____		
16. Si usted contestó "sí" a la # 15, proporcionar información acerca de una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.		
Nombre:		
Título:		
Agencia:		
Dirección:		
Telefono:		Email:
Section VI:		
Nombre de la queja es contra la Agencia de Tránsito:		
Persona de contacto:		
Telefono:		

Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que usted considere relevante para su queja. Signature and date are required below to complete form:

Firma _____ Fecha _____

Envíe el formulario y cualquier información adicional a:
 Beth Himelhoch, Director Ejecutiva
 INYO-MONO ASSOCIATION FOR THE HANDICAPPED, Director Ejecutivo
 371 S. Warren St.
 Bishop, CA 93514
 Telefono: 760.873.8668
 Fax: 760.872.1377
 Email: execdir@imahstars.org