

Discrimination Complaint Form - Spanish

Nombre:		
Dirección:		
teléfono: (casa):	teléfono: (trabajo):	
Dirección de correo electrónico:		
Requisitos de formato accesible?	<input type="checkbox"/> letra de gran tamaño	<input type="checkbox"/> cinta de audio
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Otro
Se presenta este reclamo en su propio nombre?		
	<input type="checkbox"/> Sí*	<input type="checkbox"/> No
<i>*Si respondió sí a esta pregunta vaya a Section III.</i>		
Si no, por favor proporcionar el nombre y la relación de la persona para quien se quejan		
Por favor explique por que han presentado por un tercero:		
Por favor confirme que usted tiene un permiso obtenido de la parte agraviada so radicara en nombre de un tercero.		
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Creo que la he experimentado la discriminación se baso en (Marque todas las que apliquen)		
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Origen
<input type="checkbox"/> Discapacidad		
fecha de la supuesta discriminación (mes, la día, el año): _____		
Explicar lo más claramente posible lo que sucedió y por qué usted cree que fueron discriminados. Describir a todas las personas que participaron. Incluir el nombre e información de contacto de la persona que discriminó (si se conoce) así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, utilice el dorso de este formulario.		

¿Se ha presentado anteriormente una queja por discriminación con esta agencia?		
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, proporcione cualquier información de referencia sobre su queja anterior.		

Section V
¿Se presentó esta queja con cualquier otro Federal, estado o agencia local o con cualquier Tribunal Federal o estatal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, marque todas las que aplican: <input type="checkbox"/> Federal Agencia: <input type="checkbox"/> Tribunal Federal : <input type="checkbox"/> estado Agencia: <input type="checkbox"/> estado corte: <input type="checkbox"/> Agencia de Local:
Sírvanse facilitar información sobre una persona de contacto en la Agencia/tribunal donde se presentó la queja. Agencia: Dirección: teléfono:
Nombre:
Título:
Agencia:
Dirección:
teléfono:
Section VI
Nombre de denuncia de la Agencia es contra:
nombre de la persona que la denuncia es contra:
Título:
Ubicación:
número de teléfono (si está disponible):

Usted puede conectar cualquier material escrito u otra información que crees que es relevante a su queja. Su firma y la fecha se requieren a continuación

Firma

Fecha

por favor enviar este formulario personalmente en la siguiente dirección, o envíe por correo este formulario a:

Volunteer Interfaith Caregiver Program/VICaP Title VI Coordinator
PO Box 3004
Sierra Vista, AZ 85636
520-459-8146

A copy of this form can be found online at www.vicapsv.org