

Versión Español
WACOG TITLE VI FORMULARIO DE QUEJAS

Sección I:				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono (Hogar):			Teléfono (Trabajo):	
Dirección de Correo Electrónico:				
¿Requisito para un Formato Accesible?	Letras Grandes		Cinta de Audio	
	TDD		Otro	
Sección II:				
¿Está usted llenando este formulario de quejas a su nombre?			Sí*	No
*Sí usted contesto "Sí" a esta pregunta, vaya a la sección III.				
Sí no, por favor provea el nombre y su relación con la persona por la cual usted está llenando este formulario de quejas:				
Por favor explique la razón por la cual está usted presentando esta queja por un tercero:				

Sí usted está presentando esta queja por un tercero, por favor ratifique que obtuvo el permiso de la persona agraviada.			Sí	No
Sección III:				
Considero que la discriminación a la que fui sujeto fue basada en (indique todas las que apliquen):				
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Nacionalidad <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> Estado Económico <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Dominio limitado del idioma Inglés				
Fecha de la Presunta Discriminación (Mes, Día, Año): _____				
Explique detalladamente el incidente y el porque cree usted que fue discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre e información pertinente de la persona(s) que lo discriminaron (Sí es sabido) de tal manera, nombre de testigos e información pertinente de estos. Sí necesita más espacio, use por favor el reverso de este formulario. _____				
Sección IV:				
¿A hecho usted con anterioridad una queja TITLE IV con esta agencia?			Sí	No
Sección V				

¿A hecho usted está queja con otra agencia Federal, Estatal, o Local, o con el Juzgado Federal o Juzgado Estatal?	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si "Sí", Indique todas la que apliquen:	
<input type="checkbox"/> Agencia Federal: _____	
<input type="checkbox"/> Juzgado Federal: _____	<input type="checkbox"/> Agencia Estatal: _____
<input type="checkbox"/> Juzgado Estatal: _____	<input type="checkbox"/> Agencia Local: _____
Provea él nombre de la persona que lo atendió en la agencia/juzgado donde usted puso la queja.	
Nombre:	
Cargo/Título:	
Agencia:	
Dirección:	
Teléfono:	
Sección VI	
Nombre de la agencia a la que se le formula la queja:	
Nombre de la persona de contacto:	
Cargo/Título:	
Número de teléfono:	

Adjunte otros documentos u otra información que crea usted es pertinente en ésta esta queja.

Se requiere firma del interesado y fecha

Firma

Fecha

Puede entregar este formulario en persona a la dirección que se da a continuación, o envíela a:

Title VI Nondiscrimination Coordinator
 Justin Hembree
 Western Arizona Council of Governments
 208 N. 4th Street
 Kingman, AZ 86401
 Telephone: (928) 377-1070
 Fax: (928)753-7038 Attn: Justin Hembree
 Email: justinh@wacog.com