



Formulario de quejas del Título VI

Sección I:				
Nombre:				
Habla a:				
Teléfono (Casa):			Teléfono (trabajo):	
Dirección de correo electrónico:				
¿Requisitos de formato accesible?	Letra grande		Cinta de audio	
	TDD		Otro	
Sección II:				
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?			Sí*	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.			sí	No
Sección III:				
Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda) :				
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen nacional				
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 . Me NCLUDE el nombre e información de contacto de la persona (s) que lo discriminó (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario.				
Sección IV				
¿Ha presentado anteriormente una queja de Título VI con esta agencia?			sí	No
Sección V				

¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante un tribunal federal o estatal?

Sí No

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

Agencia Federal : _____

Tribunal Federal Agencia estatal _____

Tribunal estatal Agencia local _____

Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.

Nombre:

Título:

Agencia:

Habla a:

Teléfono:

Sección VI

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:

Programa Valley para servicios para personas mayores
Jenn Chestnut, directora asociada
325 Pine Ave.
Apartado de correos 817
Waynesboro, VA 22980