

Florida Center for the Blind, Inc.

Titulo VI Formulario de Quejas

Sección I:				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono (Hogar):			Telefono (Trabajo):	
Dirección de correo electrónico:				
Requiere Formato Accesible?	Letras Grandes		Cintas Audibles	
	Por Determinar		Otros	
Section II:				
Está llenando esta queja en su nombre?			Si*	No
*Si respondió "si" a esta pregunta, proceda a la Sección III.				
Si no, por favor provea el nombre y la relación con la persona para la que está llenando la queja:				
Por favor explique por qué usted está llenando la queja para otra persona:				
Por favor confirme que usted ha obtenido permiso de la persona agraviada si está llenando la queja para otra persona.			Si	No
Sección III:				
Yo creo que la discriminación que yo sufrí fue basada en (marque las que apliquen):				
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Familia ó Religión <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____				
Fecha de la presunta Discriminación (Mes, Dia, Año): _____				
Explique lo más claramente posible lo que pasó y por qué usted cree que hubo discriminación contra usted. Describa todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona(s) que discriminaron contra usted (si lo sabe) y los nombres y la información de contacto de otros testigos. Si necesita más espacio, utilice el otro lado de esta hoja. _____ _____				
Sección IV				
Ha usted llenado con anterioridad una queja de Titulo VI con esta agencia?			Si	No

Sección V	
Ha llenado usted esta queja con otra agencia Federal, Estatal, ó local ó con otra corte Federal ó Estatal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si respondió "SI", Marque las que correspondan: <input type="checkbox"/> Agencia Federal: _____ <input type="checkbox"/> Corte Federal _____ <input type="checkbox"/> Agencia Estatal _____ <input type="checkbox"/> Corte Estatal _____ <input type="checkbox"/> Agencia Local _____	
Por favor provea información acerca de la persona de contacto de la agencia/corte donde llenó la queja.	
Nombre: _____	
Título: _____	
Agencia: _____	
Dirección: _____	
Teléfono: _____	
Sección VI	
Nombre de la agencia contra la que se queja: _____	
Persona de Contacto: _____	
Título: _____	
Número de teléfono: _____	

Puede añadir otros materiales escritos ó información que usted cree pertinente a su queja.

Firma y fecha requeridas más abajo.

_____ Firma _____ Fecha

Por favor entregue esta forma en persona a la direccion que esta mas abajo, o envíela a:

Anissa Brescia, President/CEO
Florida Center for the Blind, Inc.
1411 NE 22 nd Avenue
Ocala, FL 34470