

# THE VILLAGE SOUTH, INC.

## TÍTULO VI Formulario de Quejas

<b>Nombre:</b>				
Dirección				
Teléfono (Casa):			Teléfono (Trabajo):	
Dirección de correo electrónico:				
Requisitos de formato accesible?	ampliación de foto		Cinta de audio	
	TDD		Otro	
<b>Sección II:</b>				
Está presentando esta queja en su propio nombre?			Si*	No
*Si su respuesta es "si" a esta pregunta, vaya a la Sección III.				
Si su respuesta es "no" a esta pregunta, por favor ponga el nombre y la relación de la persona a la que usted se queja:				
<p>Por favor, explique porqué se ha declarado en un tercero:</p> <p>_____</p>				
Por favor, confirma que ha obtenido la autorización de la parte perjudicada si está presentando en nombre de un tercero.			Si	No
<b>Sección III:</b>				
Creo que la discriminación que experimenté fue basado en (marque todo lo que corresponda):				
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen nacional <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Condición Religiosa o Familiar <input type="checkbox"/> Otros (explicar) _____				
Fecha de la discriminación alegada (mes, día, año): _____				
<p>Explicar lo más claramente posible lo que pasó y por qué cree que fue discriminado. Describir todas las personas que estuvieron involucradas. Incluir 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 contacto de los testigos. Si se necesita más espacio, por favor use el reverso de esta forma.</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				
<b>Sección IV</b>				
Ha presentado previamente una queja del Título VI con esta agencia?			Si	No

<b>Sección V</b>	
Ha presentado esta queja con cualquier otro federal, estatal o agencia local, o con cualquier tribunal federal o estatal?	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Agencia Federal: _____	
<input type="checkbox"/> Corte Federal: _____	<input type="checkbox"/> Corte Estatal: _____
<input type="checkbox"/> Corte Estatal: _____	<input type="checkbox"/> Agencia Local: _____
Por favor proporcionar información sobre la persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.	
<b>Nombre:</b>	
<b>Título:</b>	
<b>Agencia:</b>	
Dirección:	
Teléfono:	
<b>Sección VI</b>	
Nombre de la agencia cual la queja es en contra:	
Persona de Contacto:	
Título:	
Número de teléfono:	

Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que usted piensa que es relevante para su queja.

Firma y fecha requerida a continuación

\_\_\_\_\_

**Firma** **Fecha**

Por favor, envíe este formulario en persona en la dirección indicada más abajo, o envíe este formulario.

Robert L. Neri,  
 Sr. VP, Chief Program/Service Officer  
 PO Box 10219  
 St Petersburg, FL 33133-2019  
 E-Mail: [robert.neri@westcare.com](mailto:robert.neri@westcare.com)

