

LIFE ElderCare Title VI FORMA DE QUEJA

Seccion I: Escribir en forma legible		
1. Nombre:		
2. Direccion:		
3. Telefono:	3.a. Telefono secundario <i>(opcional)</i> :	
4. Direccion de correo electronico:		
5. Reuistos de forma accesible?	<input type="checkbox"/> Impresion grande	<input type="checkbox"/> Cinta de audio
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Otros
Seccion II:		
6. Esta presentando esta queja en su propio nombre?	Si	No
*Si usted contesto "Si" to #6, vaya a la Seccion III.		
7. Si respondi "no" a la pregunta #6, ¿cuál es el nombre de la persona a nombre de la cual está presentando esta queja? Nombre:		
8. Cual es su relacion con este individuo:		
9. Por favor, explique por que han presentado para una tercera parte:		

10. Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada en el archivo en su nombre.	Si	No
--	----	----

Seccion III:
11. Creo que la discriminacion que he experimentado fue basado en <i>(marqu todas las que correspondan)</i> :
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origin nacional
12. Fecha de supuesta discriminacion: <i>(mm/dd/aaaa)</i>

13. Explica lo mas claramente posible lo que ocurrio y por que usted cree que son objeto discriminacion. Describir todas las personas que han participado. Incluir el nombre y la informacion de contacto de la(s) persona(s) que discrimina contra usted (si se conoce), asi como los nombres y la informacion de contacto de los testigos. Si se necesita mas espacio, por favor adjunte hojas adicionales de papel.

LIFE ElderCare Door Through Door Transportation - TITLE VI PROGRAM

Seccion IV:		
	Si	No
14. Anteriormente ha presentado un Titulo VI denuncia con la LIFE ElderCare.		
Seccion V:		
15. Ha presentado esta queja con cualquier otro local, estado o federal, o con cualquier Federal o Estado? <input type="checkbox"/> Si* <input type="checkbox"/> No si la respuesta es si		
Marque todo lo que aplica		
<input type="checkbox"/> Agencia Federal _____	<input type="checkbox"/> Agencia Estatal _____	
<input type="checkbox"/> Federal Tribunal _____	<input type="checkbox"/> Agencia Local _____	
<input type="checkbox"/> Tribunal Estatal _____		
16. Si usted contesto "si" a la posicion #15, proporcionan informacion acerca de una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presento la denuncia.		
Nombre:		
Titulo:		
Organismo:		
Direccion:		

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.

Se requiere la firma y la fecha a continuación para completar el formulario:

Firma: _____ Fecha _____

Envíe este formulario en persona, envíe un correo electrónico a info@lifeeldercare.org o envíe este formulario a la siguiente dirección:

LIFE ElderCare Executive Director
39055 Hastings St, #208, Fremont, CA 94538