Antes de completar este formulario, por favor lea Agency Name Title VI Complaint Procedures en nuestra página informática en agency website o visite nuestra oficina. La siguiente información es necesaria y requerida para ayudar a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, por favor contáctenos al (insert Agency Phone Number) . Las quejas deben ser recibidas dentro de 180 días de la fecha que la presunta discriminación ocurrió.

Sección I:

Nombre:
Dirección:
Teléfono (Casa): Teléfono (Trabajo):
Correo Electrónico:
¿Requiere formato accesible? Letra Grande Cinta Audio
TDD Otro

Sección II:

¿Está presentando esta queja para usted? Sí* No
*Si contesto "si" a esta pregunta, sigua a la Sección III.
Si no, por favor suministre el nombre y la relación de la persona a quien usted le esta completando esta queja:
Explique por qué esta siendo representado por otra persona:

Por favor confirme que ha obtenido el permiso del reclamante de esta queja. Sí No

Sección III:

Creo que la discriminación que he experimentado se basaba en (marque todas las casillas que apliquen):
[ ] Raza [ ] Color [ ] Origen Nacional
Fecha de la Supuesta Discriminación (Mes, Día, Año):
Explique detalladamente lo que pasó y por qué usted cree que fue discriminado(a). Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y datos de contacto sobre la persona que discriminó (si lo conoce) así como nombres y datos de contacto de testigos. Por favor incluya cualquier otra información que podría ayudarnos en nuestra investigación de esta queja. Por favor suministre cualquier documentación relevante a esta queja.

Sección IV

¿Ha presentado esta queja con cualquier otra agencia Federal, estatal, local, o con cualquier Tribunal Federal o estatal?
[ ] Sí [ ] No
En caso afirmativo, marque todos los que se aplican.
[ ] Agencia Federal
[ ] Corte Federal [ ] Agencia Estatal
[ ] Corte Estatal [ ] Agencia Local

Sírvanse proporcionar información sobre la persona de contacto en la Agencia/corte donde se presentó la queja.
Nombre:
Título:
Agencia:
Dirección:
Teléfono:

Sección VI

Nombre de la agencia la cual esta denunciando esta queja:
Nombre:
Titulo:
Teléfono:

Usted puede incluir cualquier material escrito u otra información que sea pertinente a su queja.
Firma y fecha requerida abajo.

Firma Fecha

Por favor, entregue este formulario en persona a la dirección indicada abajo, o envíe por correo este formulario a:

Seniors First Inc. - Transportation
David Lawson, VI Coordinator
5395 L.B. McLeod Rd
Orlando, FL 32811