

1 Información personal

Esta parte es sobre ti. Por favor introduzca su información personal, sin importar si es para para otra persona.

nombre	correo electrónico
dirección	ciudad, estado, código postal
teléfono (casa)	teléfono (trabajo)
¿requisitos de formato accesible?	<input type="checkbox"/> letra grande <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> grabación de audio
¿está completando este formulario para otra persona? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no en caso negativo, pase a la sección #2	
¿ha obtenido el permiso para presentar de la persona con queja? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
nombre y parentesco de la persona por la cual está presentando esta queja	
por favor explique por qué está presentando una solicitud para esta persona	

2 Información sobre el delinciente

Esta parte es sobre la persona y la agencia que usted cree que lo discriminó.

nombre de la agencia que cree que cometió discriminación	ubicación
nombre de la persona en contra de la queja	teléfono (si está disponible)

3 Información sobre discriminación

Esta parte trata sobre la discriminación que cree haber experimentado.

Creo que la discriminación se basó en (marque todo lo que corresponda):

raza color origen nacional discapacidad otro _____

fecha de ocurrencia: mm / dd / yyyy

Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que lo discriminaron (si se conocen), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario.

4 Historial de quejas

Esta parte trata sobre la queja por discriminación que se menciona en este documento.

¿ha presentado previamente una queja del Título VI con esta agencia? sí no
 en caso afirmativo, proporcione información de referencia con respecto a esa queja

¿ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal? sí no

proporcione la información de contacto de la(s) persona(s) en la(s) agencia(s) mencionada(s)

nombre	título	agencia	en caso afirmativo, marque todo lo que corresponda <input type="checkbox"/> corte estatal _____ <input type="checkbox"/> agencia del estado _____ <input type="checkbox"/> agencia local _____ <input type="checkbox"/> corte federal _____ <input type="checkbox"/> agencia federal _____
dirección	teléfono		

5 Firma, Fecha y Autorización para la Divulgación

Autorizo la divulgación de mi queja e información relacionada a la agencia o personas correspondientes con el propósito de investigar esta queja.

firma	fecha
-------	-------

envíe este formulario en persona o envíe este por correo a: **ACBVI, ATTN TITLE VI, 3100 E Roosevelt St, Phoenix, AZ 85008** 602-273-7411

Esta agencia no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad ni por ningún otro estado protegido, de conformidad con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y otras leyes y reglamentos federales de derechos civiles aplicables.

copia de este formulario se puede encontrar en línea acbvi.org

#VI.CFSPA_202507