

Seccion I:				
Nombre:				
Direccion:				
Telefono (Casa):			Telefono (Trabajo):	
Correo Electronico:				
Requiere de alguno de los siguientes dispositivos o formatos?	Letra Grande		Casette	
	Dispositivos de Telecomunicacion para Sordo-Mudos		Otro	
Seccion II:				
Esta llenando este documento por si mismo?			Si*	No
*Si contesto "SI" a la pregunta anterior, continue a la seccion III.				
Si no, por favor provea el nombre y relacion de la persona quien lo esta haciendo a su nombre:				
La razon por lo cual esta haciendo esta queja en nombre de otra persona:				
Por favor confirme que obtuvo autorizacion de parte de la persona afectada para poder hacer la queja en su nombre .			Si	No
Seccion III:				
Yo creo que la razon por lo cual fui discriminado(a) es (chequear todas la opciones que apliquen):				
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Estado de Familia o Religion <input type="checkbox"/> Otro (Definir) _____				
Fecha de Presunto Acto de Discriminacion (Mes, Dia, Año): _____				
Por favor delate en detalle lo que paso y la razon por lo cual cree que fue discriminado(a). Por favor describa a todas las personas involucradas enel evento. Incluya el nombre y informacion de contacto de las persona(s) quien la discrimino (si se conoce) y tambien los nombres y informacion de contacto de testigos. Si requiere mas espacio, puede utilizar la parta de atras de esta forma.				

Seccion IV				
En el pasado a usted presentado alguna queja relacionada al Titulo VI contra esta agencia?			Si	No
Seccion V				
A usted presentado esta queja en otra agencia Federal, Estatal, local o en una corte Federal o Estatal?				
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				

Si si, chequee todas las opciones que aplican:	
[] Agencia Federal: _____	
[] Corte Federal : _____	[] Agencia Estatal: _____
[] Corte Estatal: _____	[] Agencia Local: _____
Por favor proveer informacion de contacto de la persona en la agencia o corte en donde fue echa la queja.	
Nombre:	
Titulo:	
Agencia:	
Direccion:	
Telefono:	
Seccion VI	
Nombre de la agencia a la cual se reportara la queja:	
Persona de contacto:	
Titulo:	
Numero de Telefono:	

Por favor adjunte cualquier documento o dato lo cual usted crea que sea relevante al caso.

Su firma y la fecha es requerida

Firma Fecha

Puede entregar la forma en persona o mandarla por correo a la siguiente direccion:

The Volen Center
 Barbara Svec, Title VI Liaison
 1515 W. Palmetto Park Rd.
 Boca Raton, FL 33486