

Forma De Quejas del Titulo VI

Sección I: Información del Cliente		
Nombre:		
Domicilio:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono del Hogar:	Teléfono del Trabajo:	Teléfono Celular:
Correo Electrónico:		
¿Requisitos de Formato Accesible?	<input type="checkbox"/> Letra Grande	<input type="checkbox"/> Cinte de Audio
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Otro

Sección II: Información del Incidente	
Fecha del Incidente (Mes, Día, Año):	Hora del Incidente:
Ubicación del Incidente:	
Nombre del/la Conductor/a:	
Descripción del/la Conductor/a:	

Sección III:
¿En qué se basó la discriminación? (Marque todo lo que corresponda):
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Otro _____
Describa la presunta discriminación. Explique qué sucedió y quién cree que fue responsable (si necesita más espacio, por favor use el reverso de esta forma).

Sección IV:		
¿Ha presentado anteriormente una queja por dicriminación con esta agencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, proporcione cualquier información de referencia con respecto a su queja anterior.		

Sección V:		
¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o ante cualquier corte federal or estatal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:		
<input type="checkbox"/> Agencia Federal: _____ <input type="checkbox"/> Corte federal: _____ <input type="checkbox"/> Agencia del estado: _____ <input type="checkbox"/> Corte del estado: _____ <input type="checkbox"/> Agencia local: _____		
Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia/ corte donde se presentó la queja.		
Nombre:		
Título:		
Agencia:		
Dirección:		
Teléfono:		

Sección VI:
Contra qué agencia está esta queja contra:
Cuál es el nombre de la persona contra quién está esta queja:
Título de la persona:
Dirección:
Teléfono:

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja. Su firma y fecha son requeridas a continuación.

Firma

Fecha

Envíe este formulario en persona a la dirección que se encuentra abajo, o envíe este formulario por correo a:

City of Avondale
11465 W. Civic Center Drive
Avondale, AZ 85323
623-333-1000

Una copia de este formulario se puede encontrar en el internet en:

<https://www.avondaleaz.gov/seniors>