



# Título VI

## Formulario de Queja

Antes de completar este formulario, lea los procedimientos de reclamación del Título VI ubicados en el sitio web del [www.easterseals-swfl.org](http://www.easterseals-swfl.org) o visitando la Oficina Administrativa, 350 Braden Avenue. La siguiente información es necesaria para comprender y procesar su reclamo y para el seguimiento o la aclaración de detalles específicos. Si se requiere asistencia para completar este formulario, por favor comuníquese con la easterseals administrativa (941) 355-7637. Las quejas se deben presentar dentro de los 180 días de calendario posteriores a la fecha en que se produjo la supuesta discriminación para garantizar la investigación adecuada de la queja.

### Sección I

Nombre del demandante (i.e., nombre de la persona que alega discriminación):

Dirección física del demandante:

Número de teléfono (incluyendo código de área):

Dirección de correo electrónico:

### Sección II

¿Está presentando esta queja en su propio nombre?     SÍ                       NO  
(Si la respuesta es afirmativa, pase a la sección III.)

De lo contrario, proporcione su nombre y relación con la persona por la que se queja.

Por favor explique por qué completó este formulario para otra persona.

¿Tiene permiso de la parte agraviada para presentar esta queja? SÍ NO

### Sección III

Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todos que aplican):

- Raza
- Clase / Estado socioeconómico
- Origen nacional

Fecha(s) en que ocurrió la supuesta discriminación:

Lugar(es) donde se produjo la supuesta discriminación:

Describa lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que ocurrió la discriminación. Describa a todas las personas involucradas y proporcione sus nombres e información de contacto si es posible.

Identifique a cualquier persona que pueda proporcionar información adicional para respaldar o aclarar esta Demanda de Título VI proporcionando el nombre, el número de teléfono y/o la dirección de correo electrónico de esa persona.

NOMBRE:

NÚMERO DE TELÉFONO:

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:

¿Hay alguna otra información relevante para avanzar en la investigación de esta queja?

¿Qué sugiere como acciones correctivas para evitar que se repita este problema?

**Sección IV**

Si se ha quejado sobre este problema anteriormente, proporcione detalles específicos:

a. ¿Cuándo ocurrió esto?

b. ¿Dónde ocurrió esto?

c. ¿Se presentó una queja ante el gobierno del condado de Manatee?

SÍ

NO

En caso afirmativo, indique la fecha de la queja anterior.

**Sección V**

¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal?

SÍ

NO

En caso afirmativo, verifique la agencia o agencias que aplican:

Agencia Federal

Nombre:

Tribunal Federal

Nombre:

Agencia Estatal

Nombre:

Tribunal Estatal

Nombre:

Agencia Local

Nombre:

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

Firma y fecha requeridas a continuación

Firma

Fecha

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

Linda Poteat-Brown  
Human Resources and Safety Director  
Easterseals Southwest Florida  
350 Braden Avenue Sarasota, FL 34243