

NORTHSIDE YOUTH AND SENIOR SERVICE CENTER
FORMULARIO DE QUEJA DEL TÍTULO VI/ADA

"Ninguna persona en los Estados Unidos, por motivos de raza, color u origen nacional, será excluida de la participación, se le negarán los beneficios o será objeto de discriminación en ningún programa o actividad que reciba asistencia financiera federal".

Si cree que ha sido discriminado en la prestación de servicios de transporte, proporcione la siguiente información para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario o necesita información en formatos alternativos, háganoslo saber.

Envíe por correo o devuelva este formulario a:

León Threat
 Northside Youth And Senior Service Center
 4120 Maffitt Ave., St. Louis, MO 63113
 admin@nsysscc.com

POR FAVOR IMPRIMIR

1. Nombre del demandante:
a. DIRECCIÓN:
b. Ciudad (*): Estado (*): Código postal:
C. Teléfono (incluir código de área): Casa () o Celular () Trabajo () - () --
d. Dirección de correo electrónico (e-mail):
¿Prefieres que te contactemos a través de esta dirección de correo electrónico? () SÍ NO
2. ¿Se necesita un formato de formulario accesible? () SI especifique: _____ () NO () NO
3. ¿Está presentando esta queja en su propio nombre? () SÍ En caso afirmativo, pase a la pregunta 7. () NO En caso negativo, pase a la pregunta 4.
DIRECCIÓN:
a. Nombre de la persona que presenta la queja:
b. Ciudad (*): Estado (*): Código postal:
c. Teléfono (incluir código de área): Casa () o Celular () Trabajo () - () -

() - () -
mi. Dirección de correo electrónico (e-mail):
¿Prefieres que te contactemos a través de esta dirección de correo electrónico? () SÍ NO
5. ¿Cuál es su relación con la persona por quien presenta la queja?
6. Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si presenta la solicitud en nombre de un tercero. () SÍ, tengo permiso. () NO, no tengo permiso.
7. Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional (clases protegidas por el Título VI) <input type="checkbox"/> Discapacidad (clase protegida por ADA) <input type="checkbox"/> Otros (especificar)

TÍTULO VI FORMULARIO DE QUEJA – PÁGINA 2

8. Fecha de la presunta discriminación (mes, día, año):
9. ¿Dónde tuvo lugar la Presunta Discriminación?
10. Explique lo más claramente posible qué 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 las personas que lo discriminaron (si las conoce). Utilice el reverso de este formulario o páginas separadas si necesita espacio adicional.
11. Enumere todos los nombres y números de teléfono/información de contacto de todos los testigos. Utilice el reverso de este formulario o páginas separadas si necesita espacio adicional.
12. ¿Qué tipo de acción correctiva le gustaría que se tomara?
13. ¿Ha presentado una queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal? () SÍ En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda. () NO a. <input type="checkbox"/> Agencia Federal (Indique el nombre de la agencia) b. <input type="checkbox"/> Tribunal Federal (Por favor proporcione la ubicación) c. <input type="checkbox"/> Tribunal Estatal d. <input type="checkbox"/> Agencia Estatal (Especifique Agencia) mi. <input type="checkbox"/> Tribunal del condado (especifique el tribunal y el condado) f. <input type="checkbox"/> Agencia Local (Especificar Agencia)
14. Si respondió SÍ a la pregunta 14 anterior, proporcione información

<i>sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la queja.</i>		
<i>Nombre:</i>	<i>Título:</i>	
<i>Agencia:</i>	<i>Teléfono: () --</i>	
DIRECCIÓN:		
Ciudad ():	Estado ():	Código postal:

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

..... Fecha de firma
 Se requiere firma y fecha:

Si completó las Preguntas 4, 5 y 6, se requiere su firma y fecha:

..... Fecha de firma
 Se requiere firma y fecha:

Si necesita información en otro idioma, comuníquese con Leon Threat en Northside Youth And Senior Service Center, 4120 Maffitt Ave., St. Louis, MO 63113, o al 314-531-4161.