



Título VI Formulario de Quejas

| | | |
|--|---------------------------------------|---|
| Sección I: Por favor, escriba de manera legible | | |
| 1. Nombre: | | |
| 2. Domicilio: | | |
| 3. Teléfono: | | 3.a. Teléfono Secundario (Opcional): |
| 4. Dirección de Email: | | |
| 5. ¿Requisitos en formato accesible? | <input type="checkbox"/> Letra Grande | <input type="checkbox"/> Cinta de Audio |
| | <input type="checkbox"/> TDD | <input type="checkbox"/> Otra |
| Section II: | | |
| 6. ¿Está usted presentando esta queja en su propio nombre? | SI* | NO |
| * Si usted contestó "sí" al # 6, pase a la Sección III. | | |
| 7. Si su respuesta es "no" a la # 6, ¿cuál es el nombre de la persona a quien usted esta representando esta queja? Nombre: | | |
| 8. ¿Cuál es su relación con esta persona?: | | |
| 9. Por favor, explique por qué usted ha presentado para un tercero: | | |
| 10. Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada para presentar en su nombre. | SI | NO |
| Section III: | | |
| 11. Creo que la discriminación que sufrí fue basada en (<i>marque todo lo que corresponda</i>): <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional | | |
| 12. Fecha de la supuesta discriminación: (<i>dd / mm / aaaa</i>) | | |
| 13. Explique lo más claramente posible lo que ocurrió y por qué cree que fue discriminado. Describe todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona(s) que lo discriminó (si se conoce), incluye los nombres e información de cualquier testigo. Si se necesita más espacio, adjunte hojas adicionales. | | |

Título VI Formulario de Quejas

| FORMULARIO DE QUEJA Sección IV: | | |
|---|----|---------------------|
| 14. Ha presentado anteriormente una queja del Título VI con Radiant Health Centers? | SI | NO |
| Sección V: | | |
| 15. ¿Ha presentado esta queja con cualquier otra agencia federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal? [] SI* [] NO En caso que si, marque todo lo que corresponda: [] Agencia Federal _____ [] Agencia Estatal _____ [] Tribunal Federal _____ [] Agencia Local _____ [] Tribunal Estatal _____ | | |
| 16. Si usted contestó "sí" a la # 15, proporcione información acerca de una persona de contacto en la agencia / tribunal en donde se presentó la queja. | | |
| Nombre: | | |
| Título: | | |
| Agencia: | | |
| Dirección: | | |
| Teléfono: | | Correo electrónico: |
| Sección VI: | | |
| Nombre de la queja es contra la Agencia de Tránsito: | | |
| Persona de Contacto: | | |
| Teléfono: | | |

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

Firma _____ Fecha _____
(Firma y fecha son necesarias para completar el formulario)

Por favor envíe este formulario en persona o por correo a:

Director of Support Services
Radiant Health Centers
17982 Sky Park Circle, Suite J
Irvine, CA 92614