

## TÍTULO VI / FORMULARIO DE QUEJA DE ADA

(This form is available in English)

<b>Sección I:</b>			
Nombre:			
Dirección:			
Teléfono (Casa):		Teléfono (Trabajo):	
Dirección de Correo Electrónico:			
Requisitos de formato accesible?	Impresión Grande		Cinta de Audio
	TDD		Otra
<b>Sección II:</b>			
Usted presenta esta reclamación en su propio nombre?		Sí*	No
*Si usted contestó "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.			
Si usted contestó "no": a esta pregunta, por favor, proporcione el nombre y la relación de la persona para la que se están quejando.			
Si usted está presentando en nombre de un tercero, por favor, explique por qué.			
Por favor confirme que ha obtenido la autorización de la persona agraviada si usted está presentando en nombre de un tercero.		Sí	No
<b>Sección III:</b>			
Creo que la discriminación se basa en (marque todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional <input type="checkbox"/> Discapacidad Fecha de Presunta Discriminación (Mes, Día, Año): _____ Explicar lo más claramente posible lo que ocurrió y por qué usted cree que fue discriminado. Describir todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que discriminó contra usted (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si se necesita más espacio, por favor, escribir sobre papel extra y enviar con el formulario.			

<b>Sección IV</b>		
¿Ha presentado previamente un Queja Título VI con esta agencia?	Sí	No
<b>Sección V</b>		
¿Ha presentado esta queja en cualquier otra oficina Local, Estatal o Federal, o con cualquier agencia Federal o Estatal de la Corte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso que Sí, marque todas las que correspondan y llenar en nombre de la agencia: <input type="checkbox"/> Agencia Federal: _____ <input type="checkbox"/> Corte Federal _____ <input type="checkbox"/> Agencia Estatal _____ <input type="checkbox"/> Corte Estatal _____ <input type="checkbox"/> Agencia Local _____		
Proporcione información acerca de la persona de contacto de la agencia/corte donde se formuló la denuncia.		
Nombre:		
Título:		
Agencia:		
Dirección:		
Teléfono:		
<b>Sección VI</b>		
Nombre de la agencia denunciada en contra:		
Persona de contacto:		
Título:		
Número de teléfono:		

Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que considere relevante para su reclamación. Su firma autorizada y la fecha de la denuncia son requeridos.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

Atención:

Dan Haskins, Title VI Coordinator

City of Chandler/Transportation & Development Department

Capital Projects Division

Mail Stop 407, P.O. Box 4008

Chandler, AZ 85244-4008