

Title VI Complaint Form (Spanish)

SRT-Malheur Express Transit - Title VI Formulario de Queja

Sección I					
Nombre:					
Dirección:					
Teléfono (Casa):			Teléfono (Trabajo):		
Correo Electrónico:					
Formato accesibles en:	Letra Grande		Cinta de audio		
	TTY		Otro		
Sección II					
¿Está usted presentando esta queja en su propio nombre?			Sí *	No	
* Si usted contestó "sí" a esta pregunta, pase a la sección III.					
Si no es así, por favor proporcione el nombre y la relación de la persona por la que usted se queja:					
Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si usted está presentando en nombre de un tercero.					
Por favor, explique por qué usted está presentado la queja por un tercero:			Sí	No	No
Sección III					
Creo que la discriminación que experimenté fue basada en (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional					
Fecha de la discriminación alegada (Mes, Día, Año): _____					
Explique lo más claramente posible lo que pasó y por qué cree que fue discriminado.					
Describa a la persona (s) que participaron, incluyendo el nombre y la información de contacto de la persona (s) que lo discriminó (si se tiene). Liste el nombre e información de contacto de cualquier testigo. Si se necesita más espacio, adjunte páginas adicionales..					
Sección IV					
¿Ha presentado anteriormente una queja de Derechos Civiles con esta agencia?			Sí	No	No
¿Ha presentado anteriormente una queja del Título VI con esta agencia?			Sí	No	No
Sección V					
¿Ha presentado esta queja en cualquier otra agencia federal, estatal o local, o con cualquier corte federal o estatal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda y escriba el nombre de la agencia o de la corte: <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 _____	
Sírvanse proporcionar información acerca de la persona de contacto en la agencia o tribunal donde se presentó la queja.	
Nombre:	
Título:	
Agencia:	
Dirección:	
Teléfono:	
Sección VI	
Nombre de la agencia de la cual la queja es en contra:	
Persona de contacto:	
Título:	
Teléfono:	

Por favor adjunte cualquier material escrito o cualquier otra información que usted piensa que es relevante para su queja.

Firma y fecha abajo requieren.

_____	_____
Firma	Fecha

Por favor, envíe este formulario por fax, correo o correo electrónico:

Correo:

Malheur Council on Aging
 & Community Services
 Attention: Loni Debban,
 Executive Director
 PO Box 937
 Ontario, OR 97914

Phone:

541-889-7651
 Spanish Translation 541-889-7651
 Oregon Relay Service 800 735-2900

Fax: 503-263-6284

Correo Electrónico: loni.debban@mcoacs.org