

# Forma de Queja del Title VI

<b>Seccion I:</b>		
Nombre:		
Direccion:		
Numero de Telefono (Casa):	Numero de Telefono (Trabajo):	
Correo Electronico:		
Requisitos de Formato Accesible?	<input type="checkbox"/> Imprenta de letra grande	<input type="checkbox"/> Cinta de Audio
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Otro
<b>Seccion II:</b>		
Esta presentando esta queja para si mismo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<i>*Si Respondio "si" a esta pregunta proceda a la Seccion III.</i>		
Si no, porfavor Proporcione el nombre y la relacion de la persona por la que presenta la queja.		
Por favor, explique por que ha presentado la solicitud para tercero:		
Porfavor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte afectada si esta presentando la solicitud en nombre de un tercero.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<b>Seccion III:</b>		
Creo que la discriminacion que experimente se baso en (marque todo lo que corresponda):		
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional		
Fecha de presunta discriminacion (Mes, Dia, Año): _____		
Explique lo mas claramente posible que sucedio y por que cree que fue discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la informacion de contact de la(s) persona(s) que lo discriminaron, tambien los nombres y la information de contacto de los testigos. Si necesita mas espacio, utilice el reverso de este formulario.		
<hr/> <hr/> <hr/>		
<b>Seccion IV:</b>		
Ha presentado anteriormente una queja del Titulo VI ante esta agencia?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Si la respuesta es "Si", porfavor proporcione cualquier informacion de referencia sobre su queja anterior.

**Seccion V:**

Ha presentado esta queja ante alguna agencia federal, estatal, o local, o ante algun tribunal federal o estatal?

Si             No

Si la respuesta es "Si", marque todas las opciones que correspondan:

- Agencia Federal: \_\_\_\_\_  
 Tribunal Federal: \_\_\_\_\_       Agencia Estatal: \_\_\_\_\_  
 Tribunal Estatal: \_\_\_\_\_       Agencia Local: \_\_\_\_\_

Porfavor proporcione informacion sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se present la queja.

Nombre:

Titulo:

Agencia:

Direccion:

Numero de Telefono:

**Seccion VI:**

Nombre de la agencia contra la que se presenta la queja:

Nombre de la persona contra que se presenta la queja:

Titulo:

Ubicacion:

Numero de Telefono (si esta disponible):

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra informacion que considere relevante para su queja. Su frima y fecha son necesario a continuacion.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Favor de enviar este formulation personalmente a la siguiente direccion o por correo electronico a:

Programa Titulo VI de Hacienda HealthCare  
Dave Mills  
1402 E. South Mountain Ave.  
Phoenix, AZ 85042  
Phone: (602) 243-4231 ext. 175  
DMills@haciendainc.org

Se puede encontrar una copia de este formulario en linea en: [www.haciendainc.org](http://www.haciendainc.org)