

# Discrimination Complaint Form - Spanish

<b>Section I:</b>		
Nombre:		
Dirección:		
teléfono: (casa):	teléfono: (trabajo):	
Dirección de correo electrónico:		
Requisitos de formato accesible?	<input type="checkbox"/> letra de gran tamaño	<input type="checkbox"/> cinta de audio
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Otro
<b>Section II:</b>		
Se presenta este reclamo en su propio nombre?	<input type="checkbox"/> Sí*	<input type="checkbox"/> No
<i>*Si respondió sí a esta pregunta vaya a <b>Section III</b>.</i>		
Si no, por favor proporcionar el nombre y la relación de la persona para quien se quejan		
Por favor explique por qué han presentado por un tercero:		
Por favor confirme que usted tiene un permiso obtenido de la parte agraviada si radicará en nombre de un tercero.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>Section III:</b>		
Creo que la he experimentado la discriminación se basó en (Marque todas las que apliquen)		
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Origen
<input type="checkbox"/> Discapacidad		
fecha de la supuesta discriminación (mes, día, año): _____		
Explicar lo más claramente posible lo que sucedió y por qué usted cree que fueron discriminados. Describir a todas las personas que participaron. Incluir el nombre e información de contacto de la persona que discriminó (si se conoce) así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, utilice el dorso de este formulario.		
_____		
_____		
_____		
<b>Section VI:</b>		
¿Se ha presentado anteriormente una queja por discriminación con esta agencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

En caso afirmativo, proporcione cualquier información de referencia sobre su queja anterior.

---

---

**Section V:**

¿Se presentó esta queja con cualquier otro Federal, estado o agencia local o con cualquier Tribunal Federal o estatal?  Si  No

En caso afirmativo, marque todas las que aplican:  Federal Agencia:  Tribunal Federal :  
 estado Agencia:  estado corte:  Agencia de Local:

Sírvanse facilitar información sobre una persona de contacto en la Agencia/tribunal donde se presentó la queja.

Agencia: Dirección: teléfono:

Nombre:

Título:

Agencia:

Dirección:

teléfono:

**Section VI:**

Nombre de denuncia de la Agencia es contra:

nombre de la persona que la denuncia es contra:

Título:

Ubicación:

número de teléfono (si está disponible):

Usted puede conectar cualquier material escrito u otra información que crees que es relevante a su queja. Su firma y la fecha se requieren a continuación

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

por favor enviar este formulario personalmente en la siguiente dirección, o envíe por correo este formulario a:

Volunteer Interfaith Caregiver Program/VICaP Title VI Coordinator  
PO Box 3004  
Sierra Vista, AZ 85636

520-459-8146

*Una copia de este formulario se puede encontrar en línea en [www.vicapsv.org](http://www.vicapsv.org)*