

# Sally J. Pimentel Deaf & Hard of Hearing Center, Inc.

## Formulario de Queja del Título VI

<b>Sección I</b>			
Nombre:			
Dirección:			
Teléfono (Casa):		Teléfono (Trabajo):	
Correo Electrónico:			
¿Requisitos de Formato Accesible?	Impresión en letra grande		Cinta de audio
	TDD		Otro
<b>Sección II:</b>			
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?		Sí*	No
*Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.			
Si no, por favor proporcione el nombre y la relación de la persona por la cual está presentando la queja:			
Por favor explique por qué ha presentado la queja en nombre de un tercero:			
Por favor confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si está presentando la queja en nombre de un tercero.		Sí	No
<b>Sección III:</b>			
Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todas las que correspondan):			
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Familiar o Religiosa <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____			
Fecha del Presunto Acto de Discriminación (Mes, Día, Año) _____			
Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que lo discriminaron (si se conocen), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, por favor use el reverso de este formulario.			
_____			
_____			
<b>Sección IV</b>			
¿Ha presentado anteriormente una queja del Título VI ante esta agencia?		Sí	No

**Sección V**

¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal?  Sí  No

Si la respuesta es sí, marque todas las que correspondan:

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

Por favor proporcione la información de una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la queja

Nombre:

Título:

Agencia

Dirección

Teléfono

**Sección VI**

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

Persona de contacto:

Título:

Número de teléfono

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

Se requiere firma y fecha a continuación.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Por favor entregue este formulario en persona en la dirección a continuación, o envíe este formulario por correo a:

Or:

Amy Turner, Director Ejecutivo  
Sally J. Pimentel Deaf & Hard of Hearing Center, Inc.  
1860 Boy Scout Dr., Ste. B208  
Fort Myers, FL 33907

The Federal Transit Administration  
Office of Civil Rights  
1200 New Jersey, SE  
Washington, DC 20590