



TÍTULO VI AVISO AL PÚBLICO

Calidad de Vida Community Services, Inc. comunica la notificación pública de que es nuestra política para asegurar el pleno cumplimiento con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, los estatutos relacionados y regulación establecen que ninguna persona por motivos de raza, color, nacional origen, sexo, edad o discapacidad ser excluido de participar en, ser negado los beneficios de, o ser sujeto a discriminación bajo cualquier programa o actividad que reciba asistencia financiera federal. La Ley de Restauración de Derechos Civiles de 1987 modificó el Título VI para especificar que instituciones enteras que recibe fondos federales, si las escuelas, universidades, entidades gubernamentales o empleadores privados deben cumplir con las leyes federales de derechos civiles, y no sólo los programas o actividades que reciben fondos federales particulares.

También estamos preocupados por los impactos de nuestros programas, proyectos y actividades en los bajos ingresos y las poblaciones minoritarias ("Justicia Ambiental") bajo el Título VI. Cualquier persona que cree que se les está negando la participación en un proyecto, siendo negados beneficios de un programa, o de otra manera siendo discriminado por su raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad, puede ponerse en contacto con:

Nuestra Título VI de Enlace, Deborah Lekenta (813) 415-1196
Calidad de Vida en la oficina de Servicios Comunitarios (813) 425-2200

ES NECESARIO EN CONTACTO CON LA ANTERIOR INDIVIDUAL O NUESTRA OFICINA LO ANTES POSIBLE, pero a más tardar 180 días después del DISCRIMINACIÓN alegados ocurrieron, O SI HA HABIDO UN CURSO CONTINUA DE CONDUCTA, a más tardar 180 días después del SUPUESTA DISCRIMINACIÓN se suspendió.

Formulario de Queja Título VI

CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE LA COMUNIDAD DE VIDA se compromete a garantizar que ninguna persona sea excluida de participar o negado los beneficios de sus servicios sobre la base de raza, color u origen nacional, según lo dispuesto por el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, según enmendada . Quejas Título VI deben ser presentadas dentro de los 180 días desde la fecha de la supuesta discriminación.

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, por favor póngase en contacto con el Título VI de Enlace llamando al (813) 415-1196 o 813-425-2200.

El formulario debe ser devuelto al Título VI de Enlace, c / o Calidad de Vida de los Servicios Comunitarios, Inc., 7525 Blind Pass Road, St. Pete Beach, FL 33706.

Sus derechos en el Título VI quejas contra la discriminación

La presentación de esta queja con la Calidad de Vida de Servicios Comunitarios Título VI de Enlace no le impide presentar una denuncia ante la Agencia Federal de proporcionar fondos a la parte contra la que se presentó una denuncia. Para más información sobre la ubicación de las oficinas estatales y federales en contacto con el Título VI de Enlace.

Calidad de Vida de Servicios a la Comunidad

Formulario de Queja Título VI

Sección I:			
Nombre:			
Dirección:			
Teléfono (Casa):		Teléfono (Trabajo):	
Dirección de correo electrónico:			
Requisitos formato accesible?	Letra Grande		Cinta de audio
	TDD		Otro
Sección II:			
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?		Si*	No
* Si su respuesta es "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.			
Si no es así, sírvase proporcionar el nombre y la relación de la persona para quien se queja:			
Por favor, explique por qué usted ha presentado para un tercero: _____			
Por favor, confirma que ha obtenido el permiso de la parte perjudicada, si usted está presentando en nombre de un tercero.		Si	No
Sección III:			
Creo que la discriminación que experimenté fue basado en (marque todo lo que corresponda):			
<input type="checkbox"/> Carrera	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Origen Nacional	<input type="checkbox"/> Edad
<input type="checkbox"/> Discapacidad (explicar) _____	<input type="checkbox"/> Familia o Estado religioso	<input type="checkbox"/> Otro	
Fecha de la Discriminación Presunta (mes, día, año): _____			
Explique lo más claramente posible lo que pasó y por qué cree que fue discriminado. Describir todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que lo discriminó (si se conoce), así como los nombres y la información de los testigos en contacto. Si se necesita más espacio, por favor use la parte de atrás de este formulario. _____ _____			
Sección IV:			
¿Ha presentado previamente una queja del Título VI con esta agencia?		Si	No

Sección V:

¿Ha presentado esta queja con cualquier otro, estatal o agencia local Federal, o con cualquier corte federal o estatal?

Si No

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

Agencia Federal:

Corte federal

Agencia del estado

Tribunal Estatal

Agencia Local

Sírvanse proporcionar información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la denuncia.

Nombre:

Título:

Agencia:

Dirección:

Teléfono:

Sección VI:

Nombre de la agencia de queja es en contra:

Persona de contacto:

Título:

Teléfono:

Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que usted piensa que es relevante para su queja.

Firma y fecha requerida a continuación

Firma

Fecha

Por favor, envíe este formulario en persona en la dirección indicada más abajo, o envíe este formulario a:

Calidad de Vida de los Servicios Comunitarios, Inc.

A la atención de: Deborah Lekenta, Título VI de Enlace

7525 Blind Pass Road, St. Pete Beach, FL 33706