

United Cerebral Palsy Association of Greater Sacramento, Inc.

<i>TÍTULO VI FORMA DE QUEJA</i>		
<i>Sección I: Por favor escriba legiblemente</i>		
1. Nombre:		
2. Dirección:		
3. Teléfono:	3.a. Teléfono Secundario (Opcional):	
4. Dirección de correo electrónico:		
5. ¿Exigencias de Formato Accesibles?	<input type="checkbox"/> Letra Grande	<input type="checkbox"/> Cinta de Audio
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Otro
<i>La sección II:</i>		
6. ¿Son su clasificación de esta queja ante su propio?	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
*Si usted contestó "sí" a *6, vaya a la Sección III.		
7. ¿Si usted contesto "No" a *6, cuál es el nombre de la persona para quien usted presenta esta demanda? Nombre:		
8. Cual es su relación con este individual:		
9. Por favor explique por qué usted ha archivado para un tercero: nombre?		
10. Por favor confirme que usted ha obtenido el permiso del partido apenado al archivo de su parte.	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<i>La sección III:</i>		
11. <i>Creo la discriminación que experimenté estaba basado en (compruebe todo lo que se aplica):</i> <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional		
12. <i>Fecha de discriminación presunta: (mm/dd/yyyy)</i>		
13. <i>Explicar tan claramente como posible lo que pasó y por qué usted cree que usted fueron discriminados contra. Describa a todas las personas que estuvieron</i>		

implicadas. Incluya el nombre y póngase en contacto con la información de la persona (s) que discriminó contra a usted (de ser conocido), así como nombres y su información de contacto de cualquier testigo. Si más espacio es necesario, por favor use el dorso de esta forma.

La sección IV:

14. ¿Ha archivado antes usted un Título VI queja con UCP?	SÍ []	NO []
---	--------	--------

Sección V:

15. ¿Ha presentado usted esta demanda con alguno otra agencia Federal, Estatal, o local, o con algún Federal o Declara el tribunal?

[] Sí* [] NO

Si sí, compruebe todo lo que se aplica:

[] Agencia Federal _____ [] Agencia Estatal _____

[] Agencia Local _____ [] Tribunal Federal _____

[] Tribunal Estatal _____

16. Si usted contestara "sí" a *15, proporcione la información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde la demanda fue presentada.

Nombre

Título:

Agencia:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

La sección VI:
El nombre de la queja de Agencia de Tránsito está contra:
Póngase en Contacto con la Persona:
Teléfono:

Usted puede atar cualquier material escrito o otra información que usted piensa es relevante a su queja.

La firma y la fecha son requeridas abajo completar la forma:

La firma _____ Data _____

Por favor presente esta forma en la persona o envíe esta forma a la dirección abajo:

UCP of Greater Sacramento, Inc.
 4350 Auburn Blvd.
 Sacramento, CA 95841