

Formulario de Queja por Discriminación

Sección I:		
Nombre:		
Dirección:		
Teléfono (Casa):		Teléfono (Trabajo):
Dirección de correo electrónico:		
Requisitos de formato accesible?	<input type="checkbox"/> Letra grande	<input type="checkbox"/> Cinta de audio
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Otro
Sección II:		
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?		<input type="checkbox"/> Si* <input type="checkbox"/> No
* Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III .		
De lo contrario, proporcione el nombre y la relación de la persona por la que se queja.		
Explique por qué ha solicitado un tercero:		
Confirme que ha obtenido el permiso de la parte perjudicada si está presentando una demanda en nombre de un tercero.		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sección III:		
Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda):		
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional <input type="checkbox"/> Discapacidad		
Fecha de presunta discriminación (mes, día, año): _____		
Explique con la mayor claridad posible qué sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describe a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que lo discriminó (si lo conoce), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, utilice la parte de atrás de este formulario.		

Sección VI:		
¿Ha presentado anteriormente una queja por discriminación con esta agencia?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, proporcione cualquier información de referencia con respecto a su queja anterior.		

Sección V:		
¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal?		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:		

<input type="checkbox"/> Agencia Federal: _____	<input type="checkbox"/> Agencia Estatal: _____
<input type="checkbox"/> Tribunal Federal: _____	<input type="checkbox"/> Agencia Local: _____
<input type="checkbox"/> Tribunal Estatal: _____	
Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.	
Nombre: _____	
Titulo: _____	
Agencia: _____	
Dirección: _____	
Teléfono: _____	
Sección VI:	
El nombre de la queja de la agencia está en contra: _____	
La queja del nombre de la persona es contra: _____	
Titulo: _____	
Ubicación: _____	
Número de teléfono (si está disponible): _____	
Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su reclamo. Su firma y fecha son requeridas a continuación	
_____	_____
Firma	Fecha
Envíe este formulario en persona a la dirección que se encuentra a continuación, o envíe este formulario por correo a:	
New Horizons Disability Empowerment Center	
9400 East Valley Road	
Prescott Valley, AZ 86314	
(928) 772-1266	
Se puede encontrar una copia de este formulario en línea en www.nhdec.org .	

“El Centro de Empoderamiento para Personas con Discapacidades de New Horizons (NHDEC, por sus siglas en inglés) proporcionará la información necesaria para acceder a sus programas en formatos accesibles según la ADA si así lo solicita. Algunos ejemplos son la letra grande, el audio, el braille, etc. Para hacer una solicitud de información en un formato accesible según la ADA, llame a Darlene Golson al (928) 772-1266 ext. 101 o envíe un correo electrónico adgolson@nhdec.org. También puede comunicarse con NHDEC a través del servicio Minnesota Relay TTY marcando 711 o 1-800-627-3529”.