

**Formulario de Quejas de Discriminación
Suncoast Center for Independent Living**

Sección 1:				
Nombre:				
Dirección				
Teléfono (Casa):			Teléfono (Trabajo):	
Dirección de correo electrónico:				
Requisitos de formato accesible?	ampliación de foto		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 su respuesta es "no" a esta pregunta, por favor ponga el nombre y la relación de la persona a la que usted se queja:				
Por favor, explique porqué se ha declarado en un tercero:				
Por favor, confirma que ha obtenido la autorización de la parte perjudicada si 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"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Origen nacional	<input type="checkbox"/> Años	
<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Condición Religiosa o Familiar	<input type="checkbox"/> Otros (explicar) _____		
Fecha de la discriminación alegada (mes, día, año): _____				
Explicar lo más claramente posible lo que pasó y por qué cree que fue discriminado. Describir todas las personas que estuvieron involucradas. Incluir 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 contacto de los testigos. Si se necesita más espacio, por favor use el reverso de esta forma.				

Sección IV				
Ha presentado previamente una queja del Título VI con esta agencia?			Si	No

Sección V	
Ha presentado esta queja con cualquier otro federal, estatal o agencia local, o con cualquier tribunal federal o estatal?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, marque lo que corresponda:	
<input type="checkbox"/> Agencia Federal: _____	
<input type="checkbox"/> Corte Federal: _____	<input type="checkbox"/> Corte Estatal: _____
<input type="checkbox"/> Corte Estatal: _____	<input type="checkbox"/> Agencia Local: _____
Por favor proporcionar información sobre la persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.	
Nombre:	
Título:	
Agencia:	
Dirección:	
Teléfono:	
Sección VI	
Nombre de la agencia cual la queja es en contra:	
Persona de Contacto:	
Título:	
Número de 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 a la dirección a continuación:

Harvey Brooks
 Suncoast Center for Independent Living
 3281 17th St.
 Sarasota, FL 34235

O

Oficina de Derechos Civiles
 Administración de Tránsito Federal
 1200 New Jersey Ave., SE
 Washington, D.C. 20590

