

LODI MEMORIAL ADULT DAY SERVICES

FORMULARIO DE QUEJA DEL TÍTULO VI

Sección I Por favor escriba de forma legible

1. Nombre: _____

2. Dirección: _____

3. Teléfono: _____ 3a. Celular _____

4. Correo electrónico: _____

5. ¿Requisitos de formato accesible? () letra grande () cinta de audio

() TDD (dispositivo de telecomunicaciones para sordos) () Otro

Sección II

6. ¿Está presentando esta queja en su propio nombre? Sí () No ()

• Si respondió sí a la pregunta #6, continúe a la Sección III

7. Si respondió "No" a la pregunta #6, ¿cuál es el nombre de la persona en nombre de la cual está presentando esta queja? Nombre: _____

8. ¿Cuál es su relación con esta persona? _____

9. Por favor explique por qué ha presentado una queja por un tercero: _____

10. Por favor confirme que ha obtenido permiso del afectado para presentar la queja en su nombre. Sí () No ()

Sección III

11. Creo que la discriminación que sufrí fue basada en (marque todo lo que corresponda)

() Raza () Color () Origen Nacional

12. Fecha de la presunta discriminación: (mm/dd/aaaa)

13. Explique tan claramente como sea posible qué 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 discriminaron en su contra (si se sabe), así como los nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, por favor use el reverso de este formulario.

Sección IV

14. ¿Ha presentado anteriormente una queja del Título VI con los Servicios Diurnos para Adultos de Lodi Memorial? Sí () No ()

Sección V

15. ¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal?

() Agencia Federal _____ () Agencia Estatal _____

() Tribunal Federal _____ () Tribunal Estatal _____

() Agencia Local _____

16. Si respondió "sí" a la pregunta #15, proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde presentó su queja.

Nombre: _____

Título: _____

Agencia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Sección VI

Nombre del proveedor de transporte contra el cual se presenta la queja: _____

Persona de contacto: _____

Teléfono: _____

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

Se requiere firma y fecha a continuación para completar el formulario:

Firma _____ Fecha: _____

Por favor envíe este formulario en persona o envíelo por correo a:

Title VI Program Director/Administrator

Adult Day Services

125 S Hutchins Street, Lodi, California 95240