

TÍTULO VI FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Cualquier persona que considere haber sido discriminada por motivos de raza, color u origen nacional puede presentar una queja formal.

Proporcione la siguiente información para procesar su queja.

Seccion I:

Nombre: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: __ Código postal _____

Número de teléfono preferido: _____ Teléfono alternativo _____

Seccion II:

¿Está presentando esta queja en su propio nombre? Si No Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.

Si respondió "no" a esta pregunta, proporcione el nombre y la relación y la relacion de la persona por la que se queja: _____

Si esta presentando esta queja en nombre de un tercero, explique por

qué: _____

Confirme que ha obtenido el permiso de la parteafectada si está presentando esta queja en nombre de

un tercero: Si No

Seccion III:

¿Ha presentado esta queja ante la Federal Highway Administration (FHWA) o la Oficina de Derechos Civiles de ADOT? Si No

En caso afirmativo, proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia donde se presentó la queja.

Nombre: _____

Título: _____

Agencia: _____

Direccion: _____

Telefono: _____



TÍTULO VI FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Sección IV :

Creo que la discriminación experimentada se basó en (marque todo lo que corresponda):

Raza Color Nacional Origen

Fecha de presunta discriminación (mes, día, año):

_____ Explique lo más claramente 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 las personas que lo discriminaron (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo:

Firma y fecha requeridas a continuación:

_____ Firma

_____ Fecha

Por favor, entregue este formulario en persona en la dirección que se indica a continuación, o envíelo por correo a:

United Community Health Center - Maria Auxiliadora, Inc.
Director Médico
1260 S Campbell Rd #2
Green Valley, AZ 85614
520-407-5600