



Forma Para Poner una Queja De Acuerdo Al Título VI

Nota: La siguiente información se necesita para procesar su queja.

Información de la persona que está poniendo la queja:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

Teléfono (casa): _____

Teléfono (trabajo): _____

Nombre de la persona a la quien se discriminó
(alguien que no sea la persona que está poniendo la queja): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

Teléfono (casa): _____

Teléfono (trabajo): _____

¿Cuál de las siguientes razones describe por lo que usted siente que se le discriminó?

Raza/Color (Especifique): _____

Nacionalidad (Especifique): _____

¿En qué fecha(s) sucedió la discriminación? _____

Describa la presunta discriminación. Explique qué sucedió y quién cree usted que fue responsable (si necesita más espacio, agregue otra hoja).

Escriba una lista con los nombres de las personas que puedan tener conocimiento de la presunta discriminación y cómo contactarlas.

¿Ha presentado esta queja con otra agencia federal, estatal o local, o con cualquier corte federal o estatal? Marque todas las que apliquen.

- Agencia Federal Corte Federal Agencia Estatal
 Corte Estatal Agencia Local

Por favor proporcione información de la persona a la que presentó su queja en la agencia/corte.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono (casa): _____ Teléfono (trabajo): _____

Por favor firme abajo. Puede anexar cualquier material escrito u otra información que usted crea que es relevante sobre su queja.

Firma de la persona que presenta la queja: _____ Fecha: _____

Someta la forma y cualquier información adicional a:

Aster Aging
Human Resources Specialist
45 W. University Dr., Mesa, AZ 85201
Phone: 480-964-9014 TTY: 800-842-4681
Fax: 480-898-7306
Correo electrónico: amontes@asteraz.org

Número de Anexos: _____