**FORMULARIO DE QUEJAS DEL TÍTULO VI**

|  |
| --- |
| SECCIÓN I: |
| Nombre: |
| Dirección: |
| Teléfono (casa): Teléfono (trabajo): |
| Dirección de correo electrónico: |
| ¿Hay requisitos de Letra grande Cinta de audio  formatos accesibles? TDD Otro |
| SECCIÓN II: |
| ¿Está usted presentando esta queja en su nombre? Sí\* No |
| \*Si respondió “sí” a esta pregunta, pase a la Sección III |
| De no ser así, dé el nombre y la relación que tiene con la persona en  nombre de quien está presentando la queja: |
| Explique por qué presentó la queja en nombre de otra persona: |
| Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si  está presentando la queja en nombre de otra persona. Sí No |
| SECCIÓN III: |
| Creo que la discriminación que sufrí se basó en (marque todas las opciones que correspondan):  [ ] Raza [ ] Color [ ] País de origen |
| Fecha de la presunta discriminación (mes, día, año): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Explique lo más claramente posible qué fue lo que sucedió y por qué cree que lo discriminaron. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de las personas que lo discriminaron, si los conoce, así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, use el reverso de este formulario.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Sección IV** |
| ¿Ha presentado anteriormente una queja del Título VI ante Sí No  esta agencia? |
| **Sección V** |
| ¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia local, estatal o federal, o ante algún tribunal  estatal o federal?  [ ] Sí [ ] No  Si la respuesta es sí, marque todas las opciones que correspondan:  [ ] Agencia federal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [ ] Tribunal federal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ] Agencia estatal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [ ] Tribunal estatal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] Agencia local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Dé la información de una persona de contacto de la agencia o el tribunal donde se presentó la queja. |
| Nombre: |
| Cargo: |
| Agencia: |
| Dirección: |
| Teléfono: |
| **Sección VI** |
| Nombre de la agencia contra la cual se está presentando la queja: |
| Persona de contacto: |
| Cargo: |
| Teléfono: |

Puede adjuntar cualquier material por escrito u otra información que crea que sea relevante para su queja.

Se requiere la firma y la fecha abajo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Fecha

Presente este formulario en persona en la dirección de abajo o envíe este formulario por correo a:

Jimmy Riley, Transit Director

Spartanburg Regional Healthcare System

101 E Wood Street

Spartanburg, SC 29303

(864)-560-4818

[jriley@srhs.com](mailto:bgoodson@aikensenior.org)