

# Formulario de Reclamacion de Titulo VI

---

## Section I:

Nombre:		
Direccion:		
Telefono de casa:	Telefono de trabajo:	
Correo Electronico:		
Requisitos de formato?	<input type="checkbox"/> impresion cinta de grande	<input type="checkbox"/> Audio
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Otro

## Section II:

Esta presentando esta queja en su propio nombre?	<input type="checkbox"/> Si*	<input type="checkbox"/> No
<i>*Si contestas "si" vetea seccion III</i>		
Si No por favor dar el nombre y relacion a la persona de la queja.		
Por favor de explicar porque ha presentado un tercer partido:		
Por favor confirme que ha oblenido el permiso de la parte agraviada si usted esta presentando en nobre de un tercero.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

## Section III:

Creo que la discriminacion que experimente se baso en (marque todos los que apliquen)
<input type="checkbox"/> Racial <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen nacional
Fecha de presunta discriminacion (mes, dia, ano): _____

Explicar lo mas claro posible lo que paso y por que usted cree que fueron discriminados. Describir a todas las personas que participaron. Incluir el nombre y la informacion de contacto de cualquier testigo si usted necesita mas espacio pro favor utilice la parte posterior de la forma.

---

---

---

---

---

---

---

**Section IV:**

Ha presentado anterior mente una queja por el titulo VI con esta agencia?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
---	-----------------------------	-----------------------------

Si es asi por favor proporcione cualquier informacion de referencia sobre su queja anterior.

---

---

---

**Section V:**

Has echo otro queja con otra agencia Fereal, estado o corte?  [ ] Si      [ ] No  If si, check all that apply:  [ ] Agencia Federal: _____ [ ] Corte Federal: _____      [ ] Agencia del estado: _____ [ ] Corte del estado: _____      [ ] Agencia Local: _____
Por favor dar el informacion de la persona con que ud hiso la queja.
Nombre:
Titulo:
Agencia:
Direccion:
Telefono:

**Section VI:**

Nombre de la agencis que la queja esta en contra:
Nombre de la persona que la queja esta en contra:
Titulo:
Ubicacion:
Telefono:

Puede agregar mas informacion.

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha

Enviar en persona al direccion indicada:

The Centers for Habilitation

ATTN: Kendell Gans, Title VI Coordinator

215 West Lodge Drive

Tempe, AZ 85283

480-838-8111

A copy of this form can be found online at: [www.tch-az.com](http://www.tch-az.com)