

**FORMATO DE QUEJA DEL TÍTULO VI &
LEY DE ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES (ADA)**

Sección I:				
Nombre:				
Dirección:				
Número Teléfono (Casa):			Número Teléfono (Trabajo):	
Correo Electrónico:				
¿Requiere Formatos Accesibles?	Impresión Grande		Grabación	
	TDD		Otro	
Sección II:				
¿Está presentando usted esta queja en su propio nombre?			Si*	No
*Si usted contestó “Si” a esta pregunta, pase a la Sección III.				
Si contestó “No”, por favor proporcione el nombre y su relación con la persona por quien usted está presentando esta queja:				
Por favor explique por qué razón está presentando esta queja por una tercera persona:				
Por favor confirme que ha obtenido permiso de la persona agraviada, si usted está presentando esta queja a nombre de una tercera persona.			Si	No
Sección III:				
Yo creo que la discriminación que sufrí se basó en (marque todo lo que corresponda):				
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional <input type="checkbox"/> Discapacidad				
Fecha de Supuesta Discriminación (Mes, Día, Año): _____				
Explique lo que sucedió de la manera más clara posible, y por qué cree usted que sufrió discriminación. Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona que lo discriminó (en caso de que tenga esta información), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si requiere más espacio, por favor continúe en la parte de atrás de este formato.				

Sección IV		
¿Ha usted presentado anteriormente una queja bajo el Título VI o la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) ante esta agencia?	Si	No
Sección V		
¿Ha presentado usted esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, marque todas las opciones que correspondan: <input type="checkbox"/> Agencia Federal: _____ <input type="checkbox"/> Corte Federal _____ <input type="checkbox"/> Agencia Estatal _____ <input type="checkbox"/> Corte Estatal _____ <input type="checkbox"/> Agencia Local _____		
Por favor, proporcione información acerca de una persona de contacto en la agencia o tribunal donde se presentó la queja.		
Nombre:		
Cargo:		
Agencia:		
Dirección:		
Teléfono:		
Sección VI		
Nombre de la agencia contra la cual presenta la queja:		
Nombre de Contacto:		
Cargo:		
Número de Teléfono:		

Usted puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja. Por favor firme y ponga la fecha aquí debajo:

Firma

Fecha

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

Humboldt Bay Harbor, Recreation and Conservation District
 Director of Administrative Services, Title VI/ADA Coordinator
 PO Box 1030
 Eureka, California 95502-1030

LISTADO DE LAS INVESTIGACIONES, QUEJAS Y DEMANDAS

Listado de Investigaciones, Demandas y Quejas

	Fecha (Mes, Día, Año)	Resumen (incluir las bases de la queja: raza, color, origen nacional o discapacidad)	Estatus	Acciones Tomadas
Investigaciones				
1.				
2.				
Demandas				
1.				
2.				
Quejas				
1.				
2.				