

**NORTHWEST FOCAL POINT SENIOR CENTER DISTRICT**  
 Title VI - Formulario para Quejas

<b>Section I:</b>				
Nombre:				
Direccion:				
Telefono :			Telefono (Secundario):	
Direccion de correo electronico :				
Requisitos de format accesible?	Impresion grande		Cinta de audio	
	TDD		Otro	
<b>Section II:</b>				
Esta presentando esta queja en su propio nombre?			Si*	No
*Si respondio Si, prosiga a la Sección III.				
Si respondió No, provea el nombre de la persona para quién esta sometiendo esta aplicación:				
Cual es su relación con este individuo: _____				
Explique por que esta presentando esta queja en nombre de otra persona				
Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada para poner esta queja en su nombre.			Yes	No
<b>Section III:</b>				
Creo que la discriminacion que he experimentado fue basado en ( <i>marque todas las que correspondan</i> ):				
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origin nacional <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Desabilidad <input type="checkbox"/> Familia o Religión <input type="checkbox"/> Other (explain) _____				
Fecha en que ocurrió la discriminación (Mes, dia, año): _____				
Explique lo mas claramente posible lo ocurrido y por que Ud. considera que fue objeto de discriminación:				
Describa todas las personas involucradas. Incluya el nombre e información de contacto de la persona/s que discriminaron en contra suya (si lo conoce) y el nombre e información de contacto de los testigos. Si necesita mas espacio, utilice una hoja adicional.  _____ _____				
<b>Section IV</b>				
Ha Ud. presentado una denuncia de Titulo VI anteriormente ante esta agencia?			Si	No

<b>Section V</b>	
Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia local, estatal o federal, o con cualquier tribunal federal o estatal? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Si respondió Si, marque todas las respuestas que aplican:	
<input type="checkbox"/> Agencia Federal : _____	
<input type="checkbox"/> Tribunal Federal: _____	<input type="checkbox"/> Agencia Estatal: _____
<input type="checkbox"/> Tribunal Estatal: _____	<input type="checkbox"/> Agencia Local: _____
Por favor, proporcione información acerca de una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la denuncia.	
Nombre:	
Titulo:	
Agencia:	
Direccion:	
Telefono:	
<b>Section VI</b>	
Nombre de la agencia contra quien se hizo la denuncia:	
Persona de contacto:	
Titulo:	
Numero de teléfono::	

Usted puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su reclamo o denuncia.

Firma y fecha son necesarios para completar la forma siguiente:

\_\_\_\_\_

Firma Fecha

Por favor, entregue este formulario en persona o por correo en la siguiente dirección:

THE NORTHWEST FOCAL POINT SENIOR CENTER DISTRICT Liaison  
 Karin Diaz, Project Director  
 954-973-0300  
 6009 NW 10<sup>th</sup> Street  
 Margate, FL 33063