

Palm Beach PACE

Formulario de Queja Titulo VI
Espanol

Seccion I:		
Nombre:		
Direccion:		
Telefono (casa):	Telefono (trabajo):	
Correo Electronico:		
Requisitos de formato accesible?	Letras grandes	Audio
TDD	Otro	
Seccion II:		
¿Esta usted presentando esta queja en su nombre?	Si	No
*Si usted contesto "Si" a esta pregunta, ir a la Seccion III.		
Si no, por favor suministre el nombre y la relacion de la persona quien se queja:		
Por favor explique por que esta presentando por un tercero:		
Por favor confirme que ha obtenido el permiso de la persona discriminada si esta presentando por un tercero.	Si	No
Seccion III:		
Creo que he sido objeto de discriminacion basada en (marque todas las que apliquen):		
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Situacion familiar o religiosa <input type="checkbox"/> Otro (explique)		
Fecha de la supuesta discriminacion (Mes, Dia, Ano): _____		
Explicar claramente lo que paso o por que usted cree que fue discriminando. Describa todas las personas que estuvieron involucrados. Incluya el nombre e informacion de la persona/personas que fueron discriminados (si lo sabe) asi como los nombres e informacion de testigos. Si necesita mas espacio, por favor utilice el reverso de este formulario.		

Seccion IV		
¿Anteriormente ha presentado una queja del Titulo VI con esta agencia?	Si	No

Seccion V

¿Ha presentado esta queja con otra agencia federal, estatal o local, o con la corte federal o estatal?

Si No

Si es si, marque todas las que apliquen:

Agencia Federal:

Corte Federal Agencia Estatal

Corte Estatal Agencia Local

Por favor provee la informacion de la persona de contacto en la agencia/corte donde presento la queja.

Nombre:

Titulo:

Agencia:

Direccion:

Telefono:

Seccion VI

Nombre de la agencia que la queja es contra:

Persona de contacto:

Titulo:

Telefono:

Usted puede adjuntar cualquier material escrito o otra informacion pertinente a su queja.

Firma y fecha son necesarias a continuacion _____

Por favor presente este formulario en persona a esta direccion, o envíe por correo a:

Morselife Health System Title VI Complaint Coordinator
 Paola Wierzbicki, PACE Director
 4847 David S. Mack Drive
 West Palm Beach, FL 33417
 561-868-2999
 pwierzbicki@morselife.org

o envíe por correo oficina de FDOT a:

Title VI Coordinator
 Palm Beach County Engineering
 Roadway Production Division
 2300 N. Jog Road, West Palm Beach, FL 33411
 Adrienne Brown, Adrienne.brown@dot.state.fl.us