

FORMA DE QUEJA

Seccion I: <i>Escribir en forma legible</i>		
1. Nombre:		
2. Direccion:		
3. Telefono:		3.a. Telefono secundario(<i>opcional</i>):
4. Direccion de correo electronico:		
5.Requisitos de forma accesible?	<input type="checkbox"/> Impresion grande	<input type="checkbox"/> Cinta de audio
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Otros
Seccion II:		
6.Esta presentando esta queja en su propio nombre?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
*Si usted contesto "Si" #6, vaya a la Seccion III.		
7. Si respondi "no" a la pregunta #6, ¿cuál es el nombre de la persona para quien está presentando esta queja? Nombre:		
8. Cual es su relacion con este individuo:		
9. Por favor, explique por que han presentado para una tercera parte:		
10. Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada en el archivo en su nombre.		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Seccion III:		
11.Creo que la discriminacion que he experimentado fue basado en (<i>marque todas las respuestas que correspondan</i>):		
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Origin nacional
12. Fecha de supuesta discriminacion: (<i>mm/dd/aaaa</i>)		
13.Explica lo mas claramente posible lo que ocurrio y por que usted cree que son objeto discriminacion. Describir todas las personas que han participado. Incluir el nombre y la informacion de contacto de la(s) persona(s) que discrimina contra usted (si se conoce), asi como los nombres y la informacion de contacto de los testigos. Si se necesita mas espacio, por favor adjunte hojas adicionales de papel.		

Seccion IV:		
14. Anteriormente ha presentado un Titulo VI denuncia con la Family Bridges.	Si	No
Seccion V:		
15. Ha presentado esta queja con cualquier otro local, estado o federal, o con cualquier Federal o Estado?		
<input type="checkbox"/> Si* <input type="checkbox"/> No si la respuesta es si		
Marque todo lo que aplica		
<input type="checkbox"/> Agencia Federal _____ <input type="checkbox"/> Agencia Estatal _____		
<input type="checkbox"/> Federal Tribunal _____ <input type="checkbox"/> Agencia Local _____		
<input type="checkbox"/> Tribunal Estatal _____		
16. Si usted contesto "si" a la pregunta #15, proporcione la informacion de una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presento la denuncia.		
Nombre:		
Titulo:		
Organismo:		
Direccion:		
Telefono:		Correo electronico:
Seccion VI:		
Nombre de organismo Transito denuncia es contra:		
Persona de contacto:		
Telefono:		