

# Lighthouse of Southwest Florida

## Titulo VI Formulario de Quejas

<b>Sección I:</b>			
Nombre:			
Dirección:			
Teléfono (Hogar):		Telefono (Trabajo):	
Dirección de correo electrónico:			
Requiere Formato Accesible?	Letras Grandes		Cintas Audibles
	Por Determinar		Otros
<b>Section II:</b>			
Está llenando esta queja en su nombre?	Si*	No	
*Si respondió "si" a esta pregunta, proceda a la Sección III.			
Si no, por favor provea el nombre y la relación con la persona para la que está llenando la queja:			
Por favor explique por qué usted está llenando la queja para otra persona:			
Por favor confirme que usted ha obtenido permiso de la persona agraviada si está llenando la queja para otra persona.	Si	No	
<b>Sección III:</b>			
Yo creo que la discriminación que yo sufrí fue basada en (marque las que apliquen):			
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Origen Nacional	<input type="checkbox"/> Edad
<input type="checkbox"/> Incapacidad	<input type="checkbox"/> Familia ó Religión	<input type="checkbox"/> Otro (explique) _____	
Fecha de la presunta Discriminación (Mes, Dia, Año): _____			
Explique lo más claramente posible lo que pasó y por qué usted cree que hubo discriminación contra usted. Describa todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona(s) que discriminaron contra usted (si lo sabe) y los nombres y la información de contacto de otros testigos. Si necesita más espacio, utilice el otro lado de esta hoja.			
_____			
_____			
<b>Sección IV</b>			
Ha usted llenado con anterioridad una queja de Titulo VI con esta agencia?	Si	No	

<b>Sección V</b>
------------------

Ha llenado usted esta queja con otra agencia Federal, Estatal, ó local ó con otra corte Federal ó Estatal?	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Si respondió "Si", Marque las 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 provea información acerca de la persona de contacto de la agencia/corte donde llenó la queja.	
<b>Nombre:</b>	
<b>Título:</b>	
<b>Agencia:</b>	
<b>Dirección:</b>	
<b>Teléfono:</b>	
<b>Sección VI</b>	
Nombre de la agencia contra la que se queja:	
Persona de Contacto:	
Título:	
Número de teléfono:	

Puede añadir otros materiales escritos ó información que usted cree pertinente a su queja.

Firma y fecha requeridas más abajo.

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha

Por favor entregue esta forma en persona a la direccion que esta mas abajo, o envíela a:

Douglas Fowler, Director Ejecutivo  
 Lighthouse of SW Florida  
 35 W. Mariana Avenue  
 North fort Myers, FL 33903