

Título VI Formulario de Queja

Sección I: <i>Escriba claramente</i>		
1. Nombre:		
2. Dirección:		
3. Teléfono:	3.a. Teléfono secundario (<i>Opcional</i>):	
4. Dirección de correo electrónico:		
5. ¿Requiere formatos accesibles?	<input type="checkbox"/> Letra grande	<input type="checkbox"/> Cinta de audio
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Otro
Sección II:		
6. ¿Llena esta solicitud en su propio nombre?	<input type="checkbox"/> SÍ*	<input type="checkbox"/> NO
	*Si contestó que "SÍ" a la pregunta 6, continúe en la Sección III.	
7. Si contestó que "no" a la pregunta 6, ¿cómo se llama la persona por la que está llenando este formulario? Nombre:		
8. ¿Cuál es su relación con esta persona?		
9. Explique por qué presenta la queja por un tercero: :		
10. Confirme que tiene el permiso de la parte agraviada para presentar esta queja en su nombre.	<input type="checkbox"/> SÍ*	<input type="checkbox"/> NO

Título VI Formulario de Queja

Sección III:		
<p>11. Considero que la discriminación que experimenté se basó en (marque todas las opciones que correspondan):</p> <p><input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Nacionalidad</p>		
<p>12. Fecha en la que sucedió el supuesto acto de discriminación: (mm/dd/yyyy)</p>		
<p>13. Explique con la mayor claridad posible lo que sucedió y por qué considera que se le discriminó. Describa a todas las personas que participaron. Incluya el nombre y la información de contacto de las personas que lo discriminaron (si los conoce), así como el nombre y la información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, incluya más hojas.</p>		
Sección IV:		
<p>14. ¿Ha presentado alguna queja de Título VI con AltaMed antes?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ</p>	<p><input type="checkbox"/> NO</p>
Sección V:		
<p>15. ¿Ha presentado esta queja ante otras agencias federales, estatales or locales, o algún tribunal federal o estatal?</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ* <input type="checkbox"/> NO</p> <p>*Si respondió que "SÍ", marque todas las opciones que correspondan:</p> <p><input type="checkbox"/> Agencia federal _____</p> <p><input type="checkbox"/> Agencia estatal _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tribunal federal _____</p> <p><input type="checkbox"/> Agencia local _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tribunal estatal _____</p>		

Título VI Formulario de Queja

Sección V (continuó):
16. Si contestó que "SÍ" a la pregunta 15, proporcione la información de una persona de contacto de la agencia o del tribunal donde haya presentado la queja. Nombre: _____ Título: _____ Agencia: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
Sección VI:
Nombre de la agencia de tránsito contra la que se presenta la queja: _____ Persona de contacto: _____ Teléfono: _____

Puede incluir cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.

Se requiere que ponga su firma y la fecha a continuación para completar el formulario:

Firma: _____ Fecha: _____

Presente este formulario en persona o envíelo por correo a la siguiente dirección:

**AltaMed, Title VI Coordinator
2040 Camfield Ave.
Commerce, CA 90040**