

Title VI Complaint Form

Section I:

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Telephone (Home): \_\_\_\_\_ Telephone (Work): \_\_\_\_\_

Electronic Mail Address: \_\_\_\_\_

Accessible Format Requirements?  Large Print  Audio Tape

\_\_\_\_\_  TDD  Other \_\_\_\_\_

Section II:

Are you filing this complaint on your own behalf?  Yes\*  No \_\_\_\_\_

*\*If you answered "yes" to this question, go to Section III.*

If not, please supply the name and relationship

of the person for whom you are complaining. \_\_\_\_\_

Please explain why you have filed for a third party:

Please confirm that you have obtained the permission of the aggrieved party if you are filing on behalf of a third party.  Yes  No \_\_\_\_\_

Section III:

I believe the discrimination I experienced was based on (check all that apply):

Race  Color  National Origin

Date of Alleged Discrimination (Month, Day, Year): \_\_\_\_\_

Explain as clearly as possible what happened and why you believe you were discriminated against. Describe all persons who were involved. Include the name and contact information of the person(s) who discriminated against you (if known) as well as names and contact information of any witnesses. If more space is needed, please use the back of this form.

Section IV:

Have you previously filed a Title VI complaint with this agency?  Yes  No

Section V:

If yes, please provide any reference information regarding your previous complaint

Federal Agency: \_\_\_\_\_

Federal Court: \_\_\_\_\_  State Agency: \_\_\_\_\_

State Court: \_\_\_\_\_  Local Agency: \_\_\_\_\_

Please provide information about a contact person at the agency/court where the complaint was filed.

Name: \_\_\_\_\_

Title: \_\_\_\_\_

Agency: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Telephone: Section VI: \_\_\_\_\_

Name of agency complaint is against: \_\_\_\_\_

Name of person complaint is against: \_\_\_\_\_

Title: \_\_\_\_\_

Location: \_\_\_\_\_

Telephone Number (if available): \_\_\_\_\_

You may attach any written materials or other information that you think is relevant to your complaint. Your signature and date are required below

\_\_\_\_\_

Signature Date

Please submit this form in person at the address below, or mail this form to:

Independence Plus, Title VI coordinator

3150 N 35th Ave., Ste 2

Phoenix, AZ 85017

(602) 484-7610, Ext 102, Gtriandafilou@indplus.org

Sección I:

Nombre: \_\_\_\_\_

-

Dirección: \_\_\_\_\_

-

Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ Teléfono  
(Trabajo) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Requisitos de formato accesible?  Letra grande  Cinta de audio

\_\_\_\_\_  TDD \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

Sección II:

¿Está presentando esta queja en su propio nombre? \_\_\_\_\_  Sí \_\_\_  No \_\_\_\_\_

\* Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.

Si no es así, proporcione el nombre y la relación

De la persona por quien se queja . \_\_\_\_\_

Por favor, explique por qué ha presentado un tercero: \_\_\_\_\_

Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si está presentando en nombre de un tercero. \_\_\_\_\_

Sí \_\_\_\_\_  No \_\_\_\_\_

Sección III:

Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todos los que apliquen):

Raza  Color  Origen Nacional de

Fecha de Presunta Discriminación (Mes, Día, Año): \_\_\_\_\_

Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que discriminó (si se conoce), así como nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, utilice la parte posterior de este formulario.

Sección IV:

¿Ha presentado anteriormente una queja de Título VI con esta agencia?  Si  No

Sección V:

En caso afirmativo, proporcione cualquier información de referencia con respecto a su queja anterior.

\_\_\_\_\_

---

Sección VI

¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal?  Si  No

En caso afirmativo, marque todas las que correspondan:

Agencia Federal: \_\_\_\_\_

Corte Federal: \_\_\_\_\_  Agencia Estado: \_\_\_\_\_

Corte Estado: \_\_\_\_\_  Agencia Local: \_\_\_\_\_

Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.

Nombre: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: Sección VI: \_\_\_\_\_

El nombre de la queja de la agencia está en contra: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que se queja: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Ubicación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono (si está disponible): \_\_\_\_\_

Usted puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja. Su firma y fecha son requeridas abajo

\_\_\_\_\_ Firma Fecha

Por favor envíe este formulario en persona a la dirección abajo, o envíe este formulario por correo a:

Independence Plus, Coordinador Título VI

3150 N 35th Ave., Ste 2

Phoenix, AZ 85017

(602) 484-7610, Ext 102

Gtriandafilou@indplus.org