

**Independence Plus, Inc (IPI)**

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