

Formulario de queja del Título VI

Utilice este formulario para presentar cualquier queja del Título VI con el _____

SECCIÓN I			
Nombre:			
Dirección:			
Teléfono (casa):		Teléfono (trabajo):	
Dirección de correo electrónico:			
Requisitos formato accesible?	en letra grande		Cinta de Audio
	TDD		Otras
SECCIÓN II			
¿Está presentando esta queja en su nombre?		Si	No
* Si usted contestó "sí" a esta pregunta, ve a la sección III.			
Si no es así, por favor proporcione el nombre y la relación de la persona a la que usted se queja:			
Por favor, explique por que se han declarado en un tercero: _____			
Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte perjudicada, si usted está presentando en nombre de un tercero.		Si	No
SECCIÓN III			
Creo que la discriminación que experimenté fue basado en (marque todo lo que corresponda):			
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional			
Fecha de la supuesta discriminación (Mes, Día, Año): _____			
Explique lo más claramente posible lo que pasó y por qué usted cree que fue discriminado. Describir todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que le discriminó (si se conoce), así como los nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, por favor use el reverso de este formulario.			
_____ _____			
SECCIÓN IV			
¿Ha presentado anteriormente una queja del Título VI con esta agencia?		Si	No
SECCIÓN V			
¿Ha presentado esta queja ante cualquier otro tribunal, federal, estatal, o local, o con cualquier tribunal tribal, federal o estatal?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

En caso afirmativo, marque lo que corresponda:

Corte Tribal _____

Agencia Federal _____ Agencia Tribal _____

Tribunal Federal _____ Agencia Estatal _____

Corte del Estad _____ Agencia Local _____

Sirvanse proporcionar información acerca de una persona de contacto en la corte agencia / donde se presentó laqueja.

Nombre:

Título:

Agencia:

Dirección:

Teléfono:

SECCIÓN VI

Nombre de la agencia queja es contra:

Persona de contacto:

Título:

Numero de teléfono:

Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que usted considere relevante para su queja.

Firma y fecha requerida por debajo de

Firma

Fecha

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

Coquille Indian Tribe Community
 Health Center 600 Miluk Drive
 Coos Bay, OR 97420
 Attention: Assistant Health Administrator