

Titulo VI Formulario de Reclamacion
North Miami Foundation
Pagina 1

Seccion I:			
Nombre:			
Direccion:			
Telefono (Casa):		Telefono (Trabajo):	
Direccion de Correo Electronico:			
Requisitos de Formato Accesible?	Letras Grande		Cinta de Audio
	Dispositivo de telecomunicacion para sordos		Otro:
Seccion II:			
Esta presentando esta reclamacion a nombre propio?		Si*	No
*Si respondio "si" a esta pregunta, vaya a la Seccion III.			
Si no, por favor provea el nombre y la relacion de la persona a nombre de la cual esta reclamando:			
Por favor explique por que esta presentando a nombre de una tercera parte: _____			
Por favor confirme que usted ha obtenido el permiso de la parte agraviada en caso que este presentando a nombre de una tercera parte.		Si	No
Seccion III:			
Yo creo que la discriminacion que experimente fue basada en (marque todas las que apliquen):			
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Origen Nacional	<input type="checkbox"/> Edad
<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Condicion Familiar o Religiosa	<input type="checkbox"/>	Otro (explique)

Fecha de la Alegada Discriminacion (Mes, Dia, Ano): _____			
Explique tan claramente como le sea posible que paso y por que usted cree que fue discriminado. Describa todas las personas que estuvieron envueltas en la situacion. Incluya el nombre y la informacion de contacto de la persona (s) que lo discrimino (si conocido) ademas de los nombres y la informacion de contacto de cualquier testigo. Si necesita mas espacio, por favor use la parte de atras de este formulario.			

Seccion IV			
Ha usted presentado una reclamacion bajo el Titulo VI con esta agencia previamente?		Si	No

Pagina 2: North Miami Foundation – Title VI Formulario de Reclamacion

Seccion V
Ha usted presentado esta reclamacion en cualquier otra agencia Federal, Estatal o local, o en cualquier tribunal Federal o Estatal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si respondio "Si", marque todos los que apliquen: <input type="checkbox"/> Agencia Federal: _____ <input type="checkbox"/> Tribunal Federal _____ <input type="checkbox"/> Agencia Estatal _____ <input type="checkbox"/> Tribunal Estatal _____ <input type="checkbox"/> Agencia Local _____
Por favor provea informacion acerca de la persona de contacto en esa agencia/tribunal donde la reclamacion fue presentada.
Nombre:
Titulo:
Agencia:
Direccion:
Telefono:
Seccion VI
Nombre de la agencia a la cual se esta reclamando:
Persona de Contacto:
Titulo:
Numero de Telefono:

Usted puede adjuntar cualquier material escrito u otra informacion que usted considere relevante a su reclamacion. Firma y fecha requerida debajo

Firma	Fecha
-------	-------

Por favor presente este formulario en persona en la direccion debajo, o envíe el formulario por correo a:
 North Miami Foundation Title VI Liaison
 620 NE 127th Street
 North Miami, FL 33161