

Formulario de Reclamacion

Seccion I:			
Nombre:			
Direccion:			
Telefono (Casa):		Telefono (Trabajo):	
Direccion de correo electronico:			
Requerimiento de format accessible?	Letras grandes		Cinta de audio
	Aparato de audicion para sordos		Otro
Seccion II:			
Esta usted presentando esta reclamacion a nombre propio?		SI*	No
*Si respondio "si" a esta pregunta, vaya a la seccion III.			
Si no, por favor suministre el nombre y la relacion con la persona a nombre de la cual usted esta reclamando:			
Por favor explique por que esta presentando a nombre de una tercera parte: _____			
Por favor confirme que usted ha obtenido el permiso the la parte agraviada si usted esta presentando a nombre de una tercera parte.		Si	No
Seccion III:			
Yo creo que la discriminacion que experimented fue basada en (marque todos los 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"/> Estatus familiar o religioso	<input type="checkbox"/>	Otro (explique)

Fecha de la Alegada Discriminacion (Mes, Dia, Ano): _____			
Explique tan claramente como sea posible que paso y por que usted cree que fue discriminado. Describa todas las personas que estuvieron relacionadas. Incluya el nombre y la informacion de contacto de la persona (s) que la discriminaron (si conocidas) asi como los nombres e informacion de contacto de cualquier testigo. Si necesita mas espacio, por favor use el dorso de este documento.			

Seccion IV			

Ha usted presentado previamente una reclamacion en base al titulo VI con esta agencia?	Si	No
--	----	----

Seccion V	
Ha usted presentado esta reclamacion ante otra agencia Federal, Estatal o Local, o cualquier tribunal Estatal o Federal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si respondio "Si", maque todas las 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 de la agencia/tribunal donde la reclamacion fue presentada.	
Nombre: _____	
Cargo: _____	
Agencia: _____	
Direccion: _____	
Telefono: _____	
Seccion VI	
Nombre de la agencia a la cual se reclama: _____	
Persona de contacto: _____	
Cargo: _____	
Telefono: _____	

Usted puede adjuntar cualquier material escrito o otra informacion que piensa es relevante en la reclamacion. Firma y fecha son requeridos debajo

Signature Date

Por favor entregue esta reclamacion on persona en la direccion que se establece debajo, o enviela por correo a:

North Miami Foundation
Attn: Bob W. Cook, Title VI Liaison
620 ne 127th Street,
North Miami, FL 33161