

Complaint Form in Spanish

| | | |
|---|--------------------------------|--|
| Sección I: | | |
| Nombre: | | |
| Dirección: | | |
| Teléfono (Residencial): | Teléfono Secundario(Opcional): | |
| Correo Electrónico: | | |
| Sección II: | | |
| ¿Está usted presentando esta queja en nombre propio? | Sí* | No |
| <i>*Si usted ha contestado "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.</i> | | |
| Si su respuesta es "no", por favor provea el nombre y relación con la persona para la cual usted presenta la queja. | | |
| Por favor explique la razón que usted presenta esta queja en nombre de otra persona: | | |
| _____ | | |
| Si usted está presentando una queja de parte de otra persona, por favor confirme que usted ha obtenido el permiso de la persona perjudicada. | Sí | No |
| Sección III: | | |
| Creo que la discriminación de la que fui objeto se basó en (marque todos que correspondan): | | |
| <input type="checkbox"/> Raza | <input type="checkbox"/> Colór | <input type="checkbox"/> Orígen Nacionál |
| Fecha de la supuesta discriminación (Mes, Día, Año): _____ | | |
| Explique lo más claro posible que lo que sucedió y por qué usted cree que fue objeto de discriminación. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre e información de contacto de la(s) persona(s) que lo discriminaron (si los conoce) así como los nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, por favor use la parte del dorso lado del formulario o adjunte hojas adicionales. | | |
| _____ | | |
| _____ | | |

| | | |
|--|----|----|
| Sección IV: | | |
| ¿Ha presentado anteriormente una queja del Título VI con CAPSTONE ADAPTIVE LEARNING & THERAPY CENTERS, INC.? | Sí | No |
| Sección V: | | |
| ¿Ha presentado una queja ante otra agencia Federal, Estatal, Local, o ante cualquier otra agencia Federal o Corte Estatal? | | |
| [] Sí [] No | | |
| Si usted contesta que "sí", marque todas las opciones que correspondan: | | |
| [] Agencia Federal: _____ | | |
| [] Corte Federal _____ [] Agencia Estatal _____ | | |
| [] Corte Estatal _____ [] Agencia Local _____ | | |
| Favor de proporcionar la información acerca de una persona de contacto en la agencia donde se presentó la queja. | | |
| Nombre: | | |
| Posición: | | |
| Agencia: | | |
| Dirección: | | |
| Teléfono: | | |
| Sección VI: | | |
| Nombre de la Agencia de Tránsito contra la que se presenta la queja: | | |
| Persona de contacto: | | |
| Posición: | | |
| Teléfono: | | |

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que usted considere pertinente para su queja.

Se requiere firma y fecha abajo para completar este formulario:

Firma

Fecha

Favor de presentar este formulario en persona o enviarlo por correo a la siguiente dirección:

CAPSTONE ADAPTIVE LEARNING & THERAPY CENTERS, INC.
TITLE VI LIAISON NAME: Christina Johnson
AGENCY ADDRESS: 2912 North E Street, Pensacola, FL 32501