

**Formulario de queja por discriminación conforme al Título VI  
y la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades**

<b>Sección I:</b>		
Nombre:		
Dirección:		
Teléfono (hogar):		Teléfono (trabajo):
Dirección de correo electrónico:		
¿Tiene requisitos de formato accesible?	<input type="checkbox"/> Letra grande	<input type="checkbox"/> Cinta de audio
	<input type="checkbox"/> Dispositivo de telecomunicación para sordos (TDD)	<input type="checkbox"/> Otro
<b>Sección II:</b>		
¿Está presentando esta queja en su nombre?	<input type="checkbox"/> Sí*	<input type="checkbox"/> No
<i>*Si su respuesta a esta pregunta es "Sí", diríjase a la Sección III.</i>		
De lo contrario, indique el nombre de la persona para quien está presentando la queja y su relación con ella.		
Indique el motivo por el cual está presentando esta queja en nombre de un tercero:		
Confirme que obtuvo el permiso de la persona perjudicada en caso de estar presentando esta queja en nombre de un tercero.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>Sección III:</b>		
Considero que la discriminación que experimenté se basó en (marque todas las opciones que correspondan):		
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Nacionalidad
<input type="checkbox"/> Discapacidad		
Fecha de la supuesta discriminación (mes, día, año): _____		
Explique de la manera más clara posible qué sucedió y por qué cree que le discriminaron. Mencione a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto (si tiene estos datos) de la o las personas que le discriminaron, así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario.		
<b>Sección IV:</b>		
¿Ha presentado una queja por discriminación ante este organismo anteriormente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, proporcione cualquier información de referencia con respecto a su queja anterior.		

<p><b>Sección V:</b></p> <p>¿Ha presentado esta queja ante otro organismo federal, estatal o local, o ante un tribunal federal o estatal?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan:</p> <p><input type="checkbox"/> Organismo federal: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tribunal federal: _____    <input type="checkbox"/> Organismo estatal: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tribunal estatal: _____    <input type="checkbox"/> Organismo local: _____</p> <p>Proporcione la información de alguna persona de contacto en el organismo/tribunal ante el cual se presentó la queja.</p>
---

Nombre:
Cargo:
Organismo:
Dirección:
Teléfono:
<b>Sección VI:</b>
Nombre del organismo mencionado en la queja:
Nombre de la persona mencionada en la queja:
Cargo:
Ubicación:
Número de teléfono (de haber alguno):

Puede adjuntar cualquier documentación escrita u otra información que considere importante para su queja. Es necesario que firme y coloque la fecha a continuación.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Presente este formulario personalmente en la dirección que se indica a continuación, o envíelo por correo postal a:

West Yavapai Guidance Clinic  
A/A: Alisa Montgomery, Chief Quality Officer & Title VI Coordinator  
3343 N. Windsong Drive  
Prescott Valley, AZ 86314  
928-445-3671  
Correo electrónico: [a.montgomery@wygc.org](mailto:a.montgomery@wygc.org)

Puede encontrar una copia de este formulario en línea en [www.wygc.org](http://www.wygc.org)