

Bossier Council on Aging

Title VI/ADA Complaint Form

Sección IV

Ha previamente presentado una queja del Título VI con el Bossier Council on Aging_?

Sí

No

Sección V

¿Ha presentado esta queja con cualquier otro federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal? Sí No

En caso afirmativo, marque el nombre de todas las que correspondan:

- Agencia Federal: _____
- Tribunal Federal: _____
- Agencia Estatal: _____
- Tribunal Estatal: _____
- Agencia local : _____

Sírvanse proporcionar información acerca de una persona de contacto en la corte / entidad donde se presentó la queja.

Nombre: _____

Título: _____

Agencia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Sección VI

Nombre de la agencia/compañía de queja es contra: _____

Persona de contacto: _____

Título: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Por favor, envíe este formulario en persona en la dirección indicada más abajo:

Bossier Council on Aging
Tamara Crane, Executive Director
706 Bearkat Dr.
Bossier City, Louisiana 71111

Bossier Council on Aging

Title VI/ADA Complaint Form

Formato de Reclamo del Título VI o ADA del Bossier Council on Aging

Sección I:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono (Casa/Celular): _____

Teléfono (Trabajo): _____

Dirección de correo electrónico: _____

Sección II:

¿Está usted presentando esta queja en su propio nombre: Sí No

* Si usted contestó "sí" a esta pregunta, pase a la Sección III.

Si su respuesta es "no", por favor escribe el nombre y la relación de la persona que está presentando la queja en contra:

Nombre: _____

Relación: _____

Si usted está presentando una queja de parte de otra persona, por favor, explica porqué en el siguiente espacio:

¿Se ha obtenido el permiso de la parte perjudicada, si usted está presentando en nombre de un tercero: Sí No

Sección III:

Creo que la discriminación que experimenté fue basado en (marque todo lo que corresponda):

Raza Color Origen Nacional

Fecha de la discriminación alegada (Mes, Día, Año): _____

Date: _____

Explique, lo más claramente posible, lo que sucedió y porqué usted cree que fue discriminado. Describe todas las personas quien estuvieron involucradas. Incluye el nombre y la información de contacto de la persona (s) que discriminó (si se conoce), así como los nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, adjunte hojas adicionales a este formulario: