

LODI MEMORIAL ADULT DAY SERVICES

**FORMULARIO DE QUEJA DEL TÍTULO VI**

**Sección I** Por favor escriba de forma legible

1. Nombre: \_\_\_\_\_

2. Dirección: \_\_\_\_\_

3. Teléfono: \_\_\_\_\_ 3a. Celular \_\_\_\_\_

4. Correo electrónico: \_\_\_\_\_

5. ¿Requisitos de formato accesible? ( ) letra grande ( ) cinta de audio

( ) TDD (dispositivo de telecomunicaciones para sordos) ( ) Otro

**Sección II**

6. ¿Está presentando esta queja en su propio nombre? Sí ( ) No ( )

• Si respondió sí a la pregunta #6, continúe a la Sección III

7. Si respondió "No" a la pregunta #6, ¿cuál es el nombre de la persona en nombre de la cual está presentando esta queja? Nombre: \_\_\_\_\_

8. ¿Cuál es su relación con esta persona? \_\_\_\_\_

9. Por favor explique por qué ha presentado una queja por un tercero: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Por favor confirme que ha obtenido permiso del afectado para presentar la queja en su nombre. Sí ( ) No ( )

**Sección III**

11. Creo que la discriminación que sufrí fue basada en (marque todo lo que corresponda)

( ) Raza ( ) Color ( ) Origen Nacional

12. Fecha de la presunta discriminación: (mm/dd/aaaa)

13. Explique tan claramente como sea posible qué sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que discriminaron en su contra (si se sabe), así como los nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, por favor use el reverso de este formulario.

**Sección IV**

14. ¿Ha presentado anteriormente una queja del Título VI con los Servicios Diurnos para Adultos de Lodi Memorial? Sí ( ) No ( )

**Sección V**

15. ¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal?

( ) Agencia Federal \_\_\_\_\_ ( ) Agencia Estatal \_\_\_\_\_

( ) Tribunal Federal \_\_\_\_\_ ( ) Tribunal Estatal \_\_\_\_\_

( ) Agencia Local \_\_\_\_\_

16. Si respondió "sí" a la pregunta #15, proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde presentó su queja.

Nombre: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Sección VI**

Nombre del proveedor de transporte contra el cual se presenta la queja: \_\_\_\_\_

Persona de contacto: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

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

Se requiere firma y fecha a continuación para completar el formulario:

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor envíe este formulario en persona o envíelo por correo a:

Title VI Program Director/Administrator

Adult Day Services

125 S Hutchins Street, Lodi, California 95240