

## FORMULARIO DE QUEJA DEL TÍTULO VI

<b>SECCION I:</b>
Nombre:
Dirección:
Teléfono (Inicio):Teléfono (trabajo):
Dirección de correo electrónico:
Formato accesibleAruda PrintAudio Tape
¿Requisitos? TDDOther
<b>SECCION II:</b>
¿Está presentando esta conformidad en su propio nombre? Sí*No
*Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III
Si no es así, por favor proporcione el nombre y la relación de la persona de quien se queja:
Por favor, explique por qué ha presentado una pregunta para un tercero:
Confirme que ha obtenido el permiso del YesNo agraviado si usted está presentando en nombre de un tercero.
<b>SECCION III:</b>
Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda): [ ] Raza[ ] Color[ ] Origen Nacional
Fecha de la supuesta discriminación (mes, día, año): _____
Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado Contra. Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona o personas que le discriminaron si se conocen, así como los nombres y la información de contacto de cualquier Testigos. Si se necesita más espacio, utilice la parte posterior de este formulario. _____ _____

<b>Sección IV</b>
¿Ha presentado previamente una queja de Título VI ante este YesNo ¿Agencia?
<b>Sección V</b>
¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal, de la agencia local, o con cualquier o la corte estatal? [ ] Sí [ ] No En caso afirmativo, marque todas las que correspondan: [ ] Agencia Federal: _____  [ ] Tribunal Federal: _____ [ ] Agencia Estatal: _____  [ ] Tribunal del Estado: _____ ] Agencia Local: _____
Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la queja.
Nombre:
Título:
Agencia:
Dirección:
Teléfono:
<b>Sección VI</b>
El nombre de la queja de la agencia está en contra de:
Persona de contacto:
Título:
Número de teléfono:

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que crea que es relevante para su cumplimiento.

Firma y fecha requeridas a continuación

\_\_\_\_\_ Fecha de firma

Por favor envíe este formulario en persona en la siguiente dirección, o envíe este formulario a:  
 Sally Sherrin, Directora Ejecutiva  
 Consejo de Lancaster sobre el Envejecimiento  
 PO Box 1296  
 Lancaster, SC 29721  
 803-285-6956  
[ssherrin@lancastercoa.org](mailto:ssherrin@lancastercoa.org)