



# Formulario de queja del Título VI

Title VI Complaint Form (Español)

<b>Sección I</b>				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono (de Casa):			Teléfono (Trabajo):	
Dirección de correo electrónico:				
Otro formato accesible:	Letra Grande		Audio	
	TDD		Otro	
<b>Sección II</b>				
¿Está presentando esta queja usted mismo?			Si*	No
*Si respondió "sí" a esta pregunta, pase a la Sección III				
En caso negativo, proporcione el nombre de la persona que presenta la queja:				
Explique por qué está completando este formulario en nombre de otra persona:				
¿Ha recibido permiso de la persona que presentó la queja para presentar este formulario en su nombre?			Si	No
<b>Sección III</b>				
Creo que la discriminación que he experimentado se debe a (seleccione todas las opciones que correspondan):				
_____ Raza	_____ Estado familiar o religioso	_____ Edad		
_____ Desventaja	_____ Origen Nacional	_____ Otro	_____	
Fecha en que ocurrió la presunta discriminación (mes, día, año): _____				
Explique lo más claramente posible qué sucedió y por qué cree que fue discriminado. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona que lo discriminó (si la conoce) y el nombre y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario.				
_____				
_____				
_____				
_____				
<b>Sección IV</b>				
¿Ya ha presentado una queja del Título VI ante esta agencia?			Si	No

**Sección V**

¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante cualquier otro tribunal federal o estatal?

Si  No

En caso afirmativo, seleccione todos los que ha contactado:

Agencia Federal  Agencia del Estado  Agencia Local  
 Corte Federal  Tribunal Estatal

Proporcione la información de contacto de la agencia/tribunal donde presentó la queja.

Nombre:

Título:

Agencia:

Dirección:

Teléfono:

**Sección VI**

La agencia nombrada en su queja:

Persona de Contacto:

Título:

Teléfono:

Incluya cualquier documentación u otra información que considere relevante para su queja.

Por favor firma y fecha debajo:

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Devuelva este formulario en persona a la dirección que aparece a continuación o envíelo por correo a:

**Broward Children's Center**  
ATTN: David Williams, Transportation Manager  
1801 East Atlantic Boulevard  
Pompano Beach, FL 33060