

Por favor marque una de las siguientes opciones:

Queja ADA    o     Queja del Título VI

**Parte I.**

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Formatos adicionales necesarios:

- Ninguno                       TDD  
 Letra Grande               Grabación de audio  
 Otro

**Parte II.**

¿Está presentando esta queja en su propio nombre?

- Sí – Continúe a la Parte III  
 No – Por favor proporcione el nombre de la persona y su relación con ella:

Nombre de la persona: \_\_\_\_\_

Su relación con esta persona: \_\_\_\_\_

Por favor explique por qué presenta esta queja en nombre de un tercero:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Confirmación:

- He obtenido permiso de la persona afectada para presentar este formulario en su nombre.  
 No he confirmado el permiso para presentar este formulario en nombre de la persona afectada.

**Parte III.**

Creo que la discriminación que experimenté se basó en:

- Raza  
 Color  
 Origen nacional  
 Mi discapacidad  
 Otro: \_\_\_\_\_

Fecha de la supuesta discriminación: \_\_\_\_\_

Explique lo más claramente posible lo que ocurrió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que lo discriminaron (si se conocen), así como los nombres e información de contacto de cualquier testigo.

---

---

---

---

#### **Parte IV.**

¿Ha presentado previamente una queja ADA y/o del Título VI ante esta agencia?

- Sí  
 No

#### **Parte V.**

¿Ha presentado esta queja ante otra agencia federal, estatal o local, o ante un tribunal federal o estatal?

- Sí  
 No

Si respondió sí, marque todas las que correspondan:

- Agencia Federal     Tribunal Federal  
 Agencia Estatal     Tribunal Estatal  
 Agencia Local

Por favor proporcione la información de contacto de una persona en la agencia o tribunal donde se presentó la queja:

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

Título: \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

#### **Parte VI.**

Nombre de la agencia contra la cual se presenta la queja: \_\_\_\_\_

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

Título: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

***Aviso Importante:*** Para proteger sus derechos, su queja debe presentarse dentro de 180 días a partir de la fecha de la supuesta discriminación. No presentar la queja dentro de los 180 días puede resultar en la desestimación de la queja. Puede adjuntar a este formulario cualquier material escrito adicional u otra información que considere relevante para su queja.

Se requiere firma y fecha a continuación.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que presenta la queja

\_\_\_\_\_  
Fecha