

# Title VI Complaint Form - Spanish

## FORMA DE RECLAMACIÓN BAJO EL TÍTULO VI

Cualquier persona que crea que ha sido discriminada por Foothills Caring Corps, Inc. o por cualquiera de sus proveedores de servicios y cree que la discriminación fue basada en su raza, color u origen nacional, puede registrar una queja formal ante Foothills Caring Corps, Inc.

Por favor provea la siguiente información para procesar su queja. Hay formatos e idiomas alternativos disponibles si se solicitan. Usted se puede comunicar con el Director Ejecutivo, Brent Downs al 480-488-1105 ó por correo electrónico a [Brentd@foothillscaringcorps.com](mailto:Brentd@foothillscaringcorps.com).

### SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL QUERELLANTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono del Hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Método preferido de contacto:  Correo  Teléfono  Correo Electrónico

### SECCIÓN 2: INFORMACIÓN SOBRE EL INCIDENTE

Fecha del Incidente: \_\_\_\_\_ Hora del Incidente:  AM  PM

Ubicación del Incidente: \_\_\_\_\_

Nombre de la agencia que presenta la queja en contra: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona en contra de la queja: \_\_\_\_\_

Descripción de la persona en contra de la queja: \_\_\_\_\_

¿En qué se basó la discriminación? (*Marque todo lo que sea aplicable*):

Raza  Color  Origen Nacional  Otro: \_\_\_\_\_

Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree usted que se le discriminó. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la/s persona/s que le discriminó/aron (si los conoce), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Si se necesita más espacio, por favor use el reverso de esta forma. Usted también puede adjuntar cualquier material por escrito u otra información relevante a su queja.

---

---

---

**SECCIÓN 3: REGISTRADO CON FTA**

¿Ha usted registrado esta queja ante la Administración Federal de Transporte (FTA por sus siglas en inglés)?  Sí  No

Si contestó Sí, por favor provea información sobre una persona de contacto en la administración FTA donde se registró la queja:

Nombre: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 4: REGISTRADO PREVIAMENTE QUEJAS**

¿Ha usted registrado previamente una queja bajo el Título VI ante esta agencia?  Sí  No

En caso afirmativo, proporcione cualquier información de referencia sobre su queja anterior.

---

---

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja. Firma y fecha requeridas abajo:

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

<b>Envíe este formulario de una de estas dos formas:</b>	
<b>En persona:</b>	<b>Por correo:</b>
Foothills Caring Corps, Inc., Brent Downs, Executive Director 7275 E. Easy Street, Suite B-103 Carefree, AZ 85377	Foothills Caring Corps, Inc., Brent Downs, Executive Director PO Box 831 Carefree, AZ 85377

Teléfono: (480) 488-1105 Correo Electrónico: [Brentd@foothillscaringcorps.com](mailto:Brentd@foothillscaringcorps.com)  
Puede encontrar una copia de este formulario en: [www.foothillscaringcorps.com/contact/title-vi-notice/](http://www.foothillscaringcorps.com/contact/title-vi-notice/)