

FORMA DE QUEJA

Seccion I: <i>Escribir en forma legible</i>		
1. Nombre:		
2. Direccion:		
3. Telefono:	3.a. Telefono secundario(<i>opcional</i>):	
4. Direccion de correo electronico:		
5. Reuistos de forma accesible?	☐ Impresion grande	☐ Audio
	☐ Braille	☐ Otros
Seccion II:		
6. Esta presentando esta queja en su propio nombre?	Si	No
*Si usted contesto "Si" to #6, vaya a la Seccion III.		
7. If you answered "no" to #6, what is the name of the person for whom you are filing this complaint? Name:		
8. Cual es su relacion con este individuo:		
9. Por favor, explique por que han presentado para una tercera parte:		
10. Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada en el archivo en su nombre.	Si	No
Seccion III:		
11. Creo que la discriminacion que he experimentado fue basado en (<i>marqu todas las que correspondan</i>):		
☐ Raza	☐ Color	☐ Origin nacional
12. Fecha de supuesta discriminacion: (<i>mm/dd/aaaa</i>)		
13. Explica lo mas claramente posible lo que ocurrio y por que usted cree que son objeto discriminacion. Describir todas las personas que han participado. Incluir el nombre y la informacion de contacto de la(s) persona(s) que discrimina contra usted (si se conoce), asi como los nombres y la informacion de contacto de los testigos. Si se necesita mas espacio, por favor adjunte hojas adicionales de papel.		

Seccion IV:		
14. 14. Anteriormente ha presentado un Titulo VI denuncia con la LightHouse for the Blind and Visually Impaired.	Si	No
Seccion V:		
15. Ha presentado esta queja con cualquier otro local, estado o federal, o con cualquier Federal o Estado? ☐ Si* ☐ No si la respuesta es si Marque todo lo que aplica ☐ Agencia Federal _____ ☐ Agencia Estatal _____ ☐ Federal Tribunal _____ ☐ Agencia Local _____ ☐ Tribunal Estatal _____		
16. Si usted contesto "si" a la posicion #15, proporcionan informacion acerca de una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presento la denuncia.		
Nombre:		
Titulo:		
Organismo:		
Direccion:		
Telefono:		Correo electronico:
Seccion VI:		
Nombre de organismo Transito denuncia es contra:		
Persona de contacto:		
Telefono:		

Envíe este formulario en persona o envíelo por correo a la siguiente dirección:

Scott Blanks, Vice President of Programs
 LightHouse for the Blind and Visually Impaired
 Title VI Complaints
 1155 Market St, 10th Floor
 San Francisco, CA 94103
 Email address: sblanks@lighthouse-sf.org