**Appendix E**

**Formulario de reclamación**

**Easter Seals Florida, Inc.**

Formulario de Reclamacion por Discriminación

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección I:** | | | | | | | | | | | |
| **Nombre:** | | | | | | | | | | | |
| Dirección: | | | | | | | | | | | |
| **Teléfono (Casa):** | | | | **Teléfono (Trabajo):** | | | | | | | |
| Correo electrónico: | | | | | | | | | | | |
| ¿Requisitos de formato accesible? | Letra grande | |  | | | **Cinta de audio** | | | | |  |
| TDD | |  | | | **Otro** | | | | |  |
| **Sección II:** | | | | | | | | | | | |
| ¿Está presentando esta queja en su propio nombre? | | | | | | | Sí\* | | No | | |
| \* Si hace respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III. | | | | | | | | | | | |
| Si No, Pon el nombre y la relación de la persona por la que presenta la queja: | | | | | | |  | | | | |
| Por favor, explique por qué ha presentado la solicitud para un tercero: | | | | |  | | | | | | |
|  | |  |  | | |  | | | |  | |
| Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si estas presentando la solicitud en nombre de un tercero. | | | | | | | Sí | | | No | |
| Por favor, marque el tipo de queja. | | | | | | | **ADA**  (Discriminación por discapacidad) | | | **Título VI** (Discriminación por raza, color o origen nacional) | |
| **Sección III:** | | | | | | | | | | | |
| Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda):  [ ] Raza [ ] Color [ ] Origen Nacional [ ] Edad  [ ] Discapacidad [ ] Estatus familiar o religioso [ ] Otros (explicar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha de la supuesta discriminación (mes, día, año): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que lo discriminó (si se conoce), ensima los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| **Sección IV** | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha presentado previamente una queja del Título VI ante esta agencia? | | | | | | | Sí | No | | | |

|  |
| --- |
| **Sección V** |
| ¿Ha presentado esta demanda ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal?  [ ] Sí [ ] No  En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:  [ ] Agencia Federal:  [ ] Tribunal Federal [ ] Agencia Estatal  [ ] Tribunal Estatal [ ] Agencia Local |
| Sírvase proporcionar información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la queja. |
| **Nombre:** |
| **Título:** |
| **Agencia:** |
| **Dirección:** |
| **Teléfono:** |
| **Sección VI** |
| Nombre de la agencia La queja es contra: |
| Persona de contacto: |
| Título: |
| Número de teléfono: |

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.

La firma y la fecha requeridas a continuación.

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

Firma Fecha

Envíe este formulario en persona a la dirección que se indica a continuación, o envíelo por correo a:

Easter Seals Florida La Administración Federal de Tránsito

Rob Porcaro or Oficina de Derechos Civiles

2010 Crosby Way 1200 New Jersey Ave., SE

Winter Park, FL 32792 Washington, D.C. 20530