

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):			
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Origen Nacional	<input type="checkbox"/> Edad
<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Estatus familiar o religioso	<input type="checkbox"/> 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.			

