

## Forma Para Poner una Queja (De Acuerdo Al Título VI)

*Nota: La siguiente información se necesita para procesar su queja.*

Información de la persona que está poniendo la queja:

Nombre: Dirección:

\_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_

Teléfono(Casa): Teléfono

(Trabajo

\_\_\_\_\_) :

Persona A La Que Se Discriminó (alguien que no sea la persona que está poniendo la queja)

Nombre:

\_\_\_\_\_  
Dirección:

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono(Casa):

Teléfono

(Trabajo

\_\_\_\_\_) :

¿Cuál de las siguientes razones describe por lo que usted siente que se le discriminó?

Raza/Color (Especifique) \_\_\_\_\_

Nacionalidad (Especifique) \_\_\_\_\_

¿En qué fecha(s) sucedió la discriminación? \_\_\_\_\_

Describa la presunta discriminación. Explique qué sucedió y quién cree usted que fue responsable (si necesita más espacio, agregue otra hoja).

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

Escriba una lista con los nombres de las personas que puedan tener conocimiento de la presunta discriminación y cómo contactarlas.

---

---

---

¿Ha presentado esta queja con otra agencia federal, estatal o local, o con cualquier corte federal o estatal? Marque todas las que apliquen.

Agencia Federal  
Corte Estatal

Corte Federal  
Agencia local

Agencia Estatal

Por favor proporcione información de la persona a la que presentó su queja en la agencia/corte.

Nombre:

Dirección:

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono(Casa): \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ (Trabajo \_\_\_\_\_):

Por favor firme abajo. Puede anexar cualquier material escrito u otra información que usted crea que es relevante sobre su queja.

Firma de la Persona que presenta la queja

Fecha

Número de Anexos: \_\_\_\_\_

Someta la forma y cualquier información adicional a:

Hacienda HealthCare Title VI Program

Jim Hopper

Title VI Program Coordinator

1402 E South Mountain Avenue

Phone: (602) 243-4231 ext. 668

JHopper@haciendainc.org