



## Appendix C: Formulario de Quejas del Título VI

Sección 601 del Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1964 establece que "Ninguna persona en los Estados Unidos, por motivos de raza, color u origen nacional, ser excluida de participar en, ser negado los beneficios de, o ser sometido a la discriminación bajo cualquier programa o actividad que reciba asistencia financiera federal. **"Si usted siente que ha sido discriminado, por favor proporcione la siguiente información con el fin de asistir al Consolidated Tribal Health Project, Inc. (CTHP) en el procesamiento de su queja.**

### **SECCIÓN 1 (Por favor escriba claramente):**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo)  
Requisitos de formato accesible? \_\_\_\_ (Tipografía grande) \_\_\_\_ (Cinta de audio) \_\_\_\_ (TDD) \_\_\_\_ (Otros)

### **SECCION 2**

¿Está usted presentando esta queja en su propio nombre? \_\_\_\_ (Sí) \_\_\_\_ (No)

Si usted contestó sí a esta pregunta, pase a la Sección 3.

Si no es así, por favor proporcione el nombre y la relación de la persona a la que usted se queja:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Por favor, explique por qué usted ha presentado para un tercero: \_\_\_\_\_

Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte perjudicada, si usted está presentando en nombre de la tercera parte. \_\_\_\_ (Sí) \_\_\_\_ (No)

### **SECCIÓN 3**

Creo que la discriminación que experimenté fue basada en (marque todo lo que corresponda):

\_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Color \_\_\_\_\_ Origen Nacional

Fecha y lugar del accidente: \_\_\_\_\_

Nombre (s) y cargo (s) de la persona (s) que creo que me discriminó:

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

La acción o decisión que me hizo creer que fui discriminado es el siguiente:

*(Por favor, incluya una descripción de lo que pasó y cómo se les negaba sus beneficios, retraso o afectados):*

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



Por favor escriba los nombres de todas y todos los testigos y los números de teléfono:

---

---

---

¿Qué tipo de acción correctiva le gustaría que se tomar?

---

---

---

#### **SECCIÓN 4**

¿Ha presentado anteriormente una queja del Título VI con esta agencia? \_\_\_\_ (Sí) \_\_\_\_ (No)

#### **SECCIÓN 5**

¿Ha presentado esta queja con cualquier otro federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal? \_\_\_\_ (Sí) \_\_\_\_ (No)

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

Agencia Federal \_\_\_\_ Tribunal Federal \_\_\_\_ Agencia Estatal \_\_\_\_ Tribunal Estatal \_\_\_\_ Agencia Local \_\_\_\_

Sírvanse proporcionar información acerca de una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.

Nombre: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

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

Creo que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma y fecha requerida a continuación:

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Por favor, envíe este formulario en persona en la dirección indicada más abajo o envíe por correo este formulario a:**

Consolidated Tribal Health Project, Inc. Title VI Coordinator  
6991 N. State St.  
Redwood Valley, CA 95470