

Asociación de Gobiernos de Maricopa (MAG)
FORMULARIO DE QUEJA PARA CASOS DE DISCRIMINACIÓN - TÍTULO VI/ADA
 (This form is also available in English.)

Este formulario es para el uso de aquellos clientes que deseen llenar un formulario impreso, el cual también está disponible en sitio de internet de MAG, www.azmag.gov.

Sección I:			
Nombre:			
Dirección:			
Teléfono (de Casa):		Teléfono (de Empleo):	
Dirección de Correo Electrónico:			
¿Requiere de otro formato accesible?	Letra GRANDE	Cinta de Audio	
	TDD*	Otro Formato	
* TDD (dispositivo de telecomunicaciones para sordos)			
Sección II:			
¿Está presentando esta queja de parte suya?		[] SI*	[] NO
*Si su respuesta es SI a la pregunta anterior, por favor proceda a la Sección III .			
Si su respuesta es NO a la pregunta anterior, por favor provea el nombre y la relación de la persona por la cual usted está presentando esta queja:			
Por favor explique por qué fue usted ha sometido este formulario por otra persona:			
Por favor confirme que tiene el permiso de la persona perjudicada para completar y presentar esta queja.		[] SI	[] NO
Sección III:			
Creo que la discriminación que presencié fue basada en: (marque todos los que apliquen):			
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color de Piel	<input type="checkbox"/> Nacionalidad	<input type="checkbox"/> Discapacidad
<input type="checkbox"/> Edad	<input type="checkbox"/> Sexo	<input type="checkbox"/> Nivel de Ingreso	<input type="checkbox"/> Religión
<input type="checkbox"/> Identidad de Género	<input type="checkbox"/> Conocimiento limitado del idioma inglés	<input type="checkbox"/> Orientación Sexual	
Fecha de la discriminación alegada (Mes, Día, Año): _____			
Explique, en términos claros, el presunto acto de discriminación. Explique lo que ocurrió y cómo, por qué, y cuándo cree que fue discriminado. Incluya los nombres e información de contacto, si los conoce, de las personas que usted alega que lo discriminaron, o de cualquier testigo. Si requiere más espacio, por favor utilice papel adicional y adjúntelo a este formulario.			

Sección IV		
¿Ha presentado anteriormente una queja de Título VI con esta agencia?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sección V		
¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o con algún tribunal federal o estatal?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
En el caso afirmativo, anote y especifique la (s) agencia (s) que apliquen:		
<input type="checkbox"/> Agencia Federal: _____	<input type="checkbox"/> Agencia Estatal: _____	
<input type="checkbox"/> Tribunal Federal: _____	<input type="checkbox"/> Agencia Local: _____	
<input type="checkbox"/> Tribunal Estatal: _____		
Si ha presentado esta queja ante cualquiera de estas agencias o tribunales, por favor provea la información de contacto de la persona asignada a su caso.		
Nombre: _____		
Título: _____		
Agencia: _____		
Dirección: _____		
Teléfono: _____		
Sección VI		
Nombre de la agencia a la cual esta queja está dirigida: _____		
Persona de contacto: _____		
Título: _____		
Teléfono: _____		

Puede adjuntar cualquier material que considere relevante a su queja. Para validar este formulario, se requiere de su firma y la fecha.

Firma

Fecha

Por favor presente este formulario en persona o por correo postal a la siguiente dirección:
Attention: Title VI Coordinator
Maricopa Association of Governments
302 North First Avenue, Suite 300
Phoenix, AZ 85003