



Formulario de queja de Colonial Behavioral Health conforme al Título VI

Sección I	
Nombre:	
Dirección:	
Teléfono (residencial/celular):	Teléfono (trabajo):
Dirección de correo electrónico:	
¿Requerimientos de formatos accesibles? <input type="checkbox"/> Letra grande <input type="checkbox"/> TDD <input type="checkbox"/> Audio <input type="checkbox"/> Otro	
Sección II	
¿Presenta esta queja en nombre propio? <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No	
* Si respondió "Sí" a esta pregunta, pase a la Sección III.	
En caso contrario, indique el nombre y la relación con la persona por quien presenta la queja.	
Explique por qué la presenta en nombre de un tercero.	
Confirme que obtuvo el permiso de la parte perjudicada si está presentando la queja en nombre de un tercero. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Sección III	
Considero que la discriminación de la que fui víctima se basó en (marque todo lo que corresponda):	
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen nacional	
Fecha de la presunta discriminación (día, mes, año):	
Explique de la manera más clara posible lo sucedido y por qué considera que fue discriminado. Identifique a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que le discriminó(aron) (si la[s] conoce) al igual que el nombre e información de contacto de algún testigo. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario.	



Formulario de queja de Colonial Behavioral Health conforme al Título VI

Sección IV

¿Presentó anteriormente una queja en virtud del Título VI ante esta agencia? Sí No

Sección V

¿Presentó esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local o ante algún tribunal federal o estatal?

Sí No

Si la respuesta es "Sí", marque todas las que correspondan:

Agencia federal Agencia estatal Agencia local Tribunal federal Tribunal estatal

Proporcione información sobre alguna persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la queja.

Nombre:

Cargo:

Agencia:

Dirección:

Teléfono:

Sección VI

Nombre de la agencia contra la que se presenta la queja:

Persona de contacto:

Cargo:

Teléfono:

Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otro tipo de información que considere relevante para su queja.

Firma

Fecha