



SERVICIOS COMUNITARIOS CATOLICOS DEL OESTE DE WASHINGTON
FORMULARIO DE QUEJA - Programa de transporte de servicios voluntarios

Sección I:				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono (Casa):			Teléfono (Trabajo):	
Dirección de correo electrónico:				
¿Requisitos de formato accesible?	Letra Grande		Cinta de Audio	
	TDD		Otro	
Sección II:				
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?			Si*	No
* Si respondió "sí" a esta pregunta, pase a la Sección III				
De lo contrario, proporcione el nombre y el parentesco de la persona por la que se está presentando la queja:				
Explique por qué esta presentando una solicitud a nombre de una tercera persona: _____				
Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si está presentando la solicitud en nombre de una tercera persona			Si	No
Sección III: Título VI o descripción de la discriminación de la ADA				
Creo que la discriminación que experimenté se basó en: (marque todos los que correspondan):				
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Nacionalidad <input type="checkbox"/> Ley de discapacidad estadounidense (ADA)				
Fecha de la presunta discriminación (mes, día, año): _____				
Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Escriba todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de las personas que lo discriminaron (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de los testigos, si hay alguno. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario.				



Sección IV		
¿Ha presentado anteriormente una queja del Título VI ante esta agencia?	Si	No
¿Ha presentado anteriormente una queja de la ADA ante esta agencia?	Si	No
Sección V		
¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante un tribunal federal o estatal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:		
<input type="checkbox"/> Agencia Federal : _____ <input type="checkbox"/> Tribunal Federal: _____		
<input type="checkbox"/> Tribunal Estatal _____ <input type="checkbox"/> Agencia Estatal: _____		
<input type="checkbox"/> Agencia Local _____		
Proporcione información de persona de contacto dentro de la agencia o tribunal donde se presentó la queja.		
Nombre:	Titulo:	
Agencia:		
Dirección:		
Teléfono:		
Sección VI		
Nombre de la agencia contra la que está presentando la queja :		
Persona de Contacto:		
Titulo:		
Numero de Teléfono:		

Usted puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.

Firma y fecha requerida a continuación

Firma

Fecha

Por Favor entregue este formulario en persona a la dirección que escrita a continuación, o envíe este formulario por correo a:

Condado	Atencion:	Dirección:
Pierce, Kitsap, Clallam, Jefferson, Cowlitz, Wahkiakum, Clark, Skamania, Grays Harbor, Pacific, Lewis, Mason, Thurston	Jodie Moody	Catholic Community Services 1323 S Yakima Avenue Tacoma, WA 98405
King	Jonny	100 23 rd Avenue South



CATHOLIC COMMUNITY SERVICES
OF WESTERN WASHINGTON

	Proctiv	Seattle, WA 98144
Snohomish	Christina Robertson	Everett Family Center 1918 Everett Ave., Everett WA, 98201