

Aspire Health Partners, Inc.

Title VI Complaint Form (Spanish Version)

Sección I:				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono (Casa):			Teléfono (Trabajo):	
Correo Electrónico:				
¿Requiere formato accesible?	Letra Grande		Cinta Audio	
	TDD		Otro	
Sección II:				
¿Está presentando esta queja para usted?			Sí*	No
*Si contesto "si" a esta pregunta, siga a la Sección III.				
Si no, por favor suministre el nombre y la relación de la persona a quien usted le esta completando esta queja:				
Por favor confirme que ha obtenido el permiso del reclamante de esta queja.				
Por favor confirme que ha obtenido el permiso del reclamante de esta queja.			Sí	No
Sección III:				
Creo que la discriminación que he experimentado se basaba en (marque todas las casillas que apliquen):				
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional <input type="checkbox"/> Edad				
<input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> La situación Familiar o Religión <input type="checkbox"/> Otro (explicar) _____				
Fecha de la Supuesta Discriminación (Mes, Día, Año): _____				
Explique detalladamente lo que pasó y por qué usted cree que fue discriminado(a). Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y datos de contacto sobre la persona que discriminó (si lo conoce) así como nombres y datos de contacto de testigos. Por favor incluya cualquier otra información que podría ayudarnos en nuestra investigación de esta queja. Por favor suministre cualquier documentación relevante a esta queja. _____				

Sección IV				
¿Ha presentado esta queja con cualquier otra agencia Federal, estatal, local, o con cualquier Tribunal Federal o estatal?			Sí	No

