



Impact NW Título VI Queja Forma

El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 requiere que ““Ninguna persona de los Estados Unidos será excluida de participar, se le negarán los beneficios ni será discriminada de otro modo por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad, bajos ingresos o conocimientos limitados del idioma inglés en virtud de ningún programa o actividad” para el/la cual la Receptora reciba asistencia financiera federal.”

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario o necesita información en formatos alternativos, háganoslo saber.

Por favor termina este formulario y enviarlo por correo o entregarlo en persona: [Steffani Cuff, QA Director, [10055 E Burnside, Portland, Oregon 97216].

Sección I:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono (casa): _____ Teléfono (trabajo): _____

Dirección de correo electrónico: _____

Requisitos de accesibilidad de formato?

En Papel

Cinta de audio

TDD

Otro: _____

Sección II:

Está presentando esto en su propio nombre?

Sí*

No

Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.

Si no, por favor escribe el nombre y la relación de la persona para quien se quejan:

Por favor explique por qué han presentado por un tercero

Por favor confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si está presentando en nombre de un tercero.

Sí

No



Sección III:

Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda):

Race Color Origen nacional

Fecha de supuesta discriminación (Mes, Día, Año): _____

Explicar lo más claramente posible lo que sucedió y por qué usted cree que fueron discriminados. Describir a todas las personas que participaron. Incluir el nombre e información de contacto de la persona que discriminó (si se conoce) así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, utilice el dorso de este formulario.

Sección IV:

¿Ha previamente llenado una queja del Título VI con Impact NW?

Si No

Sección V:

¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal?

Si No

En caso afirmativo, marque todas las que aplican:

Agencia Federal Corte Federal
 Estado Agencia
 Tribunal Estatal Agencia Local: _____



Por favor proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.

Nombre: _____

Título: _____ Agencia: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Sección VI:

El nombre de la queja de la agencia es contra _____

Persona de contacto: _____

Título: _____ Teléfono: _____

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su reclamo.

Firma y fecha obligado para continuar

Firma

Fecha

Por favor envíe este formulario por correo postal o electrónico a:

Impact NW
QA Director
Quality Assurance Department
P.O. Box 33530
Portland, OR 97292
qa@impactnw.org

En Persona:
QA Director
10055 E Burnside St
Portland, OR 97215