

## M. Attachments

### Anexo 1: Formulario de queja bajo el Título VII/ADA de Betty Jean Kerr People's Health Centers

“Ninguna persona en los Estados Unidos será, por motivos de raza, color u origen nacional, excluida de participar en, se le negarán los beneficios de, o será sometida a discriminación bajo cualquier programa o actividad que reciba asistencia financiera federal.”

Si considera que ha sido objeto de discriminación en la prestación de servicios de transporte, por favor proporcione la siguiente información para ayudarnos a tramitar su queja. Si requiere asistencia para completar este formulario o necesita información en formatos alternativos, por favor háganoslo saber.

Por favor, envíe por correo o devuelva este formulario a:

Jerrí Cooper  
4236 Lindell Blvd, Suite 200  
St. Louis, MO 63108  
(314) 531-1770 Ext 4040

PLEASE PRINT

1. Nombre del denunciante:		
a. Dirección:		
b. Ciudad	Estado:	Código postal:
c. Teléfono (Incluya el código de área): Particular ( ) o Celular ( ) trabajo ( ) - ( ) -		
d. Dirección de correo electrónico:		
¿Prefiere que lo contactemos a esta dirección de correo electrónico? ( ) SÍ ( ) NO		
2. ¿Necesita el formulario en un formato accesible? ( ) SÍ (especifique) _____ ( ) NO		
3. ¿Presenta esta queja en su propio nombre? ( ) SÍ si la respuesta es SÍ, por favor pase a la pregunta 7. ( ) NO si la respuesta es NO, por favor pase a la pregunta		
4. Si respondió NO a la pregunta 3 anterior, por favor proporcione su nombre y dirección.		
a. Nombre de la persona que presenta la queja		
b. DIRECCIÓN		
c. Ciudad:	Estado:	Código postal:
d. Teléfono (Incluya el código de área): Casa ( ) o Celular ( ) <sup>Work</sup> ( ) ( )		
e. Dirección de correo electrónico (e-mail):		
¿Prefiere que lo contactemos a esta dirección de correo electrónico? SÍ ( ) No ( )		
5. ¿Cuál es su relación con la persona en nombre de la cual está presentando la queja?		
6. Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si presenta la solicitud en nombre de un tercero. ( ) SÍ, tengo permiso. ( ) NO, no tengo permiso.		
7. Creo que la discriminación que sufrí se basó en (marque todas las opciones que correspondan): ( ) Raza ( ) Color ( ) Origen nacional (categorías protegidas por el Título VI) ( ) Discapacidad (categoría protegida por la ADA) ( ) Otro (por favor, especifique)		

continuado

FORMULARIO DE QUEJA DEL TÍTULO VI – PÁGINA 2

8. Fecha de la presunta discriminación (Mes Día, Año):	
9. ¿Dónde tuvo lugar la presunta discriminación?	
Explique lo más claramente posible qué sucedió y por qué cree que fue discriminado. ...en su contra. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que discriminó(discriminaron) en su contra (si los conoce). Utilice el reverso de este formulario o páginas adicionales si se requiere espacio adicional.	
Por favor, enumere los nombres y números de teléfono (o información de contacto) de todos y cada uno de los testigos. Utilice el reverso de la hoja este formulario o páginas adicionales, si se requiere espacio adicional.	
¿Qué tipo de medida correctiva le gustaría que se tomara?	
13. ¿Ha presentado una queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local o ante alguna agencia federal o Tribunal estatal? ( ) Sí (Si la respuesta es afirmativa, marque todas las opciones que correspondan) ( ) NO a. ( ) Agencia federal (Indique el nombre de la agencia) b. ( ) Tribunal Federal (Por favor, indique la ubicación) d. d. ( ) Agencia estatal (Especifique la agencia) e. e. ( ) Tribunal de condado (Especifique el tribunal y el condado) f. f. ( ) Agencia local (Especifique la agencia)	
14. Si la respuesta a la pregunta 14 anterior es Sí, proporcione información sobre una persona de contacto en la Agencia o tribunal donde se presentó la reclamación de compensación. Nombre:	
Agencia:	Teléfono ( ) Estado
Dirección	
Ciudad	Código postal:

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere pertinente para su

queja. Se requiere firma y fecha:

\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_ Fecha

Si completó las preguntas 4, 5 y 6, se requiere su firma y la fecha:

\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_ Fecha

Si necesita información en otro idioma, comuníquese con Jerri Cooper en 4236 Lindell Blvd, Suite 200, St. Louis, MO 63108, o al (314) 531-1770, ext. 4040.