# Forma de Queja Título VI

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Secciόn I:** | | | | | |
| Nombre: | | | | | |
| Direcciόn: | | | | | |
| Teléfono (Casa): | Teléfono (Trabajo): | | | | |
| Direcciόn de Correo Electronico: | | | | | |
| Requiere formato accesible? | ☐ Imprenta Grande | | | ☐ Audio Cinta | |
| ☐ TDD | | | ☐ Otro | |
| **Secciόn II:** | | | | | |
| Esta llenando esta queja en su propia representaciόn? | | | ☐Sí\* | | ☐No |
| *\*Sí su respuesta a esta pregunta es “sí” siga a la* ***Secciόn III****.* | | | | | |
| Sí su respuesta es “no” favor de pobeher el nombre y explique su relacciόn a la persona para la cual se esta llenando esta queja. | |  | | | |
| Por favor explique la razon por la cual usted esta llenando esta queja en representaciόn de otra persona: | | | | | |
| Por favor confirme qué usted tiene la autorizaciόn para representar a la persona agredida es esta queja. | | | ☐Sí | | ☐No |
| **Secciόn III:** | | | | | |
| Yo creo que la discriminaciόn qué yo esperimete fue por (maque todas las razones qué apliquen):  ☐ Raza ☐ Color ☐ Origen Natal  Fecha de la presunta discriminaciόn (Mes, Dia, Ano):  De la manera más clara, explique qué fue lo que paso y porque usted piensa qué se le discrimino. Por favor incluya a todas las personas inbolugradas ya sean testigos o personas qué cometieron la discriminaciόn he incluya sus nombres y informaciόn de como contactarlos. Sí necesita más espacio, favor de usar la parte de atras de esta forma. | | | | | |
| **Secciόn VI:** | | | | | |
| Alguna otra vez ha usted presentado una queja con esta agencia? | | | ☐Sí | | ☐No |
| Sí su respuesta es “si”, por favor de proveer la informaciόn referente a su queja previa. | | | | | |
| **Secciόn V:** | | | | | |
| A usted presentado esta queja con alguna otra agencia Federal, Estatal, o Local y/o Corte Federal o Estatal?  ☐ Sí ☐ No  Sí su respuesta es “sí”, maque todas las que apliquen:  ☐ Agencia Federal:  ☐ Corte Federal: ☐ Agencia Estatal:  ☐ Corte Estatal : ☐ Agencia Local: | | | | | |
| Favor de proveer la informaciόn de la persona o agencia/corte dόnde la queja fue presentada. | | | | | |
| Nombre: | | | | | |
| Título: | | | | | |
| Agencia: | | | | | |
| Direcciόn: | | | | | |
| Teléfono: | | | | | |
| **Secciόn VI:** | | | | | |
| Nombre de la agencia para la cual es encontra la queja: | | | | | |
| Nombre de la persona para la cual es encontra la queja: | | | | | |
| Título: | | | | | |
| Locaciόn: | | | | | |
| Numero Teléfonico (si aplica): | | | | | |

Puede usted incluir material escrtito o informaciόn pertinente a su queja. Su firma y fecha se require debajo:

Firma Fecha

Por favor presente su queja en persona a la direcciόn debajo o por correo ha:

**Arizona Board of Regents for and on behalf of Northern Arizona University’s Civic Service Institute**

**Associate Vice President, Equity and Access Office**

**Old Main, Building 10, PO Box 4083, Flagstaff, AZ 86011**

**(928) 523-3312**

[**equityandaccess@nau.edu**](mailto:equityandaccess@nau.edu)

Puede contrar una copia de este formulario en línea en **www.nau.edu/sbs/csi/Programs/Senior-Companion/ or https://in.nau.edu/eao**