

Forma de Queja Por ADA

Sección I:		
Nombre:		
Dirección:		
Teléfono (Casa):	Teléfono (Trabajo):	
Dirección de Correo Electrónico:		
Requerimientos de formato accesible?	☐ Imprenta Grande	☐ Audio Cinta
	☐ TDD	☐ Otro
Sección II:		
Esta llenando esta queja en su propia representación?	☐ Sí*	☐ No
<i>*Sí su respuesta a esta pregunta es "sí" siga a la Sección III.</i>		
Sí su respuesta es "no" favor de proporcionar el nombre y explique su relación con la persona para la cual se está llenando esta queja.		
Por favor explique la razón por la cual usted está llenando esta queja en representación de otra persona:		
Por favor confirme qué usted tiene la autorización para representar a la persona agredida en esta queja.	☐ Sí	☐ No
Sección III:		
Yo creo que la discriminación que yo experimente fue por (marque todas las razones que apliquen):		
☐ Discapacidad		
Fecha de la presunta discriminación (Mes, Día, Año): _____		
De la manera más clara, explique qué fue lo que paso y porque usted piensa que se le discrimino. Por favor incluya a todas las personas involucradas. Ya sean testigos o personas que cometieron la discriminación contra usted, he incluya sus nombres y información de como contactarlos (si la conoce). Sí necesita más espacio, favor de usar la parte de atrás de esta forma.		

Sección VI:		
Alguna otra vez ha usted presentado una queja con esta agencia?	☐ Sí	☐ No

Sí su respuesta es "sí", por favor de proveer la información referente a su queja previa.

Sección 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", marque todas las que apliquen:

☐ Agencia Federal: _____

☐ Corte Federal: _____ ☐ Agencia Estatal: _____

☐ Corte Estatal: _____ ☐ Agencia Local: _____

Favor de proveer la información de la persona o agencia/corte dónde la queja fue presentada.

Nombre: _____

Título: _____

Agencia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Sección VI:

Nombre de la agencia para la cual es en contra la queja: _____

Nombre de la persona para la cual es en contra la queja: _____

Título: _____

Ubicación: _____

Numero Telefónico (si aplica): _____

Puede usted incluir material escrito u otra información pertinente a su queja. Se **requiere** su firma y fecha debajo.

Firma

Fecha

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

Mesa de Regentes de Arizona para y en nombre del Center for Service and Volunteerism de la Universidad del Norte de Arizona

Vicepresidente Asociado, Office of Civil Rights Compliance

Old Main, Edificio 10, PO Box 4083, Flagstaff, AZ 86011

(928) 523-3312

OCRC@nau.edu

Una copia de estos procedimientos se puede encontrar en línea en: <https://in.nau.edu/center-service-volunteerism/title-vi-information/> or in.nau.edu/office-civil-rights-compliance/title-vi/.