

# Care Connexus. Incorporated

## TITLE VI COMPLAINT FORM

### Sección I:

1. Nombre :

2. Dirección:

3. Teléfono:

3.A. Teléfono Secundario:

4. Dirección de correo electrónico:

5. ¿ Exigencias de Formato Accesibles?

### Sección II:

6. ¿ Son su clasificación de esta queja ante su propio?

Sí

No

\* Si usted contesto "Sí" a \*6, vaya a la Sección III.

7. ¿ Si usted contesto "No" a \*6, cuál es el nombre de la persona para quien usted presenta esta demanda?

Nombre :

8.Cuál es su relación con este individual:

9. Por favor explique por qué usted ha archivado para un tercero:

10. Por favor confirme que usted ha obtenido el permiso del partido apenado al archive de su parte.

Sí

No

### Sección III

11. Creo discriminación que experimenté estaba basadp en (*Compruebe todo lo que se aplica*):

( ) RAZA

( ) COLOR

( ) ORIGEN NACIONAL

12. Fecha de discriminación presunta:

13. Explicar tan claramente como posible lo que pasó por qué usted cree que usted fueron discriminados contra. Describa a todas las personas que estuvieron implicadas. Incluya el nombre y póngase en contacto con la información de la persona(s) que discrimino contra a usted (de ser conocido), así como nombres y su información de contacto de cualquier testigo. Si más espacio es necesario, por favor use el dorso de esta forma.

# TITLE VI COMPLAINT FORM

Pg. 2

## Sección IV

14. Ha archivado antes usted un Título VI queja con FCSN?	Sí	No
---	----	----

## Sección V

15. ¿ Ha presentado usted esta demanda con alguno otra agencia Federal, Estatal, o local, o con algún Federal o Declara el tribunal?  
( ) Sí\* ( ) No

Si Sí , compruebe todo lo que se aplica:

- ( ) Agencia Federal \_\_\_\_\_
- ( ) Agencia Estatal \_\_\_\_\_
- ( ) Agencia Local \_\_\_\_\_
- ( ) Tribunal Federal \_\_\_\_\_
- ( ) Tribunal Estatal \_\_\_\_\_

16. Si usted contestara “Sí” a \*15, proporcione la información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde la demanda fue presentatda. Nombre:

Título: Agencia:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

## Sección VI

Nombre de la queja es contra la Agencia de Tránsito:

Persona de Contacto:

Teléfono:

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor envíe esta forma en persona o por correo esta forma a la siguiente dirección:  
Care Connexus Incorporated (CCI) Title VI Coordinator  
4130 Adams Street, Riverside, CA. 92509