



MATTIE RHODES CENTER

Title VI COMPLAINT FORM

PLEASE PRINT

1. Name of person with complaint:		
a. Address:		
b. City:	State:	Zip Code:
c. Telephone:		
Home or Cell: () -		
Work: () -		
d. Electronic mail (e-mail) address:		
Do you prefer to be contacted by this e-mail address? () YES () NO		
2. Accessible Format of Form Needed? () YES () NO		
If yes, please specify: _____		
3. Are you filing this complaint on your own behalf? () YES If YES, please go to question 7.		
() NO If no, please go to question 4		
4. If you answered NO to question 3 above, please provide your name and address.		
a. Name of Person Filing Complaint:		
b. Address:		
c. City:	State:	Zip Code:
e. Telephone:		
Home or Cell: () -		
Work: () -		
d. Electronic mail (e-mail) address:		
Do you prefer to be contacted by this e-mail address? () YES () NO		
5. What is your relationship to the person for whom you are filing the complaint?		

6. Please confirm that you have obtained the permission of the aggrieved party if you are filing on behalf of a third party.

YES, I have permission.

NO, I do not have permission.

7. I believe that the discrimination I experienced was based on (check all that apply):

Race Color National Origin (classes protected by Title VI)

Other (please specify)

8. Date of Alleged Discrimination (Month, Day, Year):

9. Where did the Alleged Discrimination take place?

10. Explain as clearly as possible what happened and why you believe that you were discriminated against. Describe all of the persons that were involved. Include the name and contact information of the person(s) who discriminated against you (if known). *Use the back of this form or separate pages if additional space is required.*

11. Please list any and all witnesses' names and phone numbers/contact information. *Use the back of this form or separate pages if additional space is required.*

12. What type of corrective action would you like to see taken?

13. Have you filed a complaint with any other Federal, State, or local agency, or with any Federal or State court? YES If yes, check all that apply. NO

a. Federal Agency (List agency's name)

b. Federal Court (Please provide location)

- c. () State Court
- d. () State Agency (Specify Agency)
- e. () County Court (Specify Court and County)
- f. () Local Agency (Specify Agency)

14. If YES to question 14 above, please provide information about a contact person at the agency/court where the complaint was filed.

Name:

Title:

Agency:

Telephone: () -

Address:

City:

State:

Zip Code:

You may attach any written materials or other information that you think is relevant to your complaint.

Signature and date is required:

Signature

Date

If you completed Questions 4, 5 and 6, your signature and date is required:

Signature

Date



MATTIE RHODES CENTER
TÍTULO VI FORMULARIO DE QUEJA
PLEASE PRINT

1. Nombre de la persona que presenta la queja:		
a. Dirección:		
b. Ciudad:	Estado:	Código Postal:
c. Teléfono:		
Casa o Celular: () -		
Trabajo: () -		
d. Correo electrónico:		
¿Prefiere ser contactado por este correo electrónico? () SÍ () NO		
2. ¿Formato accesible de solicitud necesario? () SÍ () NO		
Si la respuesta es sí, por favor indique: _____		
3. ¿Presenta la queja para usted mismo? () SÍ Si afirmativo, pase al número 7.		
() NO Si negativo, pase al número 4		
4. Si contestó NO a la pregunta número 3, por favor dé su nombre y dirección		
a. Nombre de la persona que presenta la queja:		
b. Dirección:		
c. Ciudad:	Estado:	Código Postal:
e. Teléfono:		
Casa o Celular: () -		
Trabajo: () -		
d. Correo electrónico:		
¿Prefiere ser contactado por este correo electrónico? () SÍ () NO		
5. ¿Cuál es su relación a la persona para la cual presenta ud. la queja?		
6. Por favor confirme que ud. tiene permiso de la persona ofendida si usted está		

presentando a favor de otra persona:

() Sí, tengo permiso.

() NO, no tengo permiso.

7. La discriminación que sufrí fue basada sobre (Chequee todos los que correspondan):

() Raza () Color () Origen nacional (clases protegidas por el título VI)

() Otro (por favor indique)_____

8. Fecha de la supuesta discriminación (día/mes/año):_____

9. ¿Dónde ocurrió la supuesta discriminación?

10. Explique lo más claro posible lo que pasó y porqué ud. cree que fue discriminado.

Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre e información de contacto de la(s) persona(s) quienes discriminaron en contra de ud. (si lo sabe). *Use la parte de atrás de esta solicitud o páginas adicionales si necesita más lugar.*

11. Por favor haga una lista (nombres, números de teléfono e información de contacto) de todos los testigos quienes presenciaron la supuesta discriminación. *Use la parte de atrás de esta solicitud o páginas adicionales si necesita más lugar.*

12. ¿Qué tipo de acción correctiva le gustaría ver realizada?

13. ¿Ha presentado una queja con cualquier otra agencia local, estatal o federal, o con cualquier corte, federal o estatal? () Sí () No Si marcó sí, chequee:

a. () Agencia federal (Nombre de la agencia:_____)

b. () Corte federal (Ubicada en_____)

c. () Corte estatal

d. () Agencia estatal (Nombre_____)
e. () Corte del condado (Nombre y condado:_____)
f. () Agencia local (Nombre:_____)

14. Si contestó sí a la pregunta #14, por favor dénos la información de la persona / punto de contacto en la agencia / corte donde se presentó la queja:		
Nombre:	Título:	
Agencia:	Teléfono: () -	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Puede adjuntar y/o incluir documentos escritos u otra información que ud. cree es pertinente o está relacionada con su queja

Firma y fecha (obligatorio):

Firma

Fecha

Si ud. contestó preguntas #4, #5 y #6, su firma y la fecha son obligatorias:

Firma

Fecha