
Formulario de Quejas de ADA/Título VI

Contexto

Este formulario se usa tanto para quejas del Título VI como para aquellas de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) [*Americans with Disabilities Act*].

Los Derechos Civiles de 1964 (Título VI) identifica las tres clases protegidas por el Título VI : raza, color y origen nacional, y permite que el demandante seleccione una o más de esas clases protegidas como fundamento(s) de discriminación. Si alguna de las poblaciones con dominio limitado del inglés (LEP) [*Limited English Proficiency*] en nuestra área de servicio se encuentra dentro de los parámetros de Puerto Seguro [*Safe Harbor*], entonces el procedimiento se brindará en inglés y en cualquier otro idioma que hablen las poblaciones LEP que correspondan a los Parámetros *Safe Harbor*.

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA), brinda protección para que ninguna persona con alguna discapacidad, sobre la base de la discapacidad, sea excluida de participar en beneficios o que estos le sean denegados, o sufra alguna discriminación en cualquier programa, servicio o actividad financiado federalmente.

United Disability Services se compromete en brindar servicios no discriminatorios para garantizar que nadie sea excluido de participar en beneficios o que estos le sean denegados, o sufra alguna discriminación en el goce de los servicios sobre la base de la raza, color u origen nacional conforme a la protección del Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (Título VI) así como brindar protección para que ninguna persona con alguna discapacidad deba, sobre la base de la discapacidad, ser excluida de participar en beneficios o que estos le sean denegados, o sufra discriminación en los términos indicados en la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA).

Si usted siente que ha sufrido discriminación, por favor entregue la siguiente información necesaria para facilitar la tramitación de su queja. Si necesitara ayuda para llenar el formulario, o si tuviera alguna pregunta, le ruego no dude en llamar al intermediario de ADA/Título VI al 330-762-9755. **Una vez que lo haya llenado, envíe el formulario firmado y fechado a:**

**United Disability Services
Toni Sideri, Director of Human Resources
701 S. Main Street, Akron OH 44311**

Nota: La siguiente información es necesaria para ayudarnos a tramitar su queja. Si necesitara ayuda para llenar este formulario, llame al 330-762-9755.

Formulario de Quejas del Título VI/ADA

El Procedimiento de Quejas del Título VI de United Disability Services está disponible en los siguientes lugares:

- Sitio web de la agencia, si estuviera disponible: www.udsakron.org
- Copia en papel en la oficina principal
- Plan del Título VI de la agencia

Sección I:		
Nombre:		
Dirección:		
Teléfono (Casa):	Teléfono (Trabajo):	
Correo electrónico:		
¿Requiere un formato accesible?	<input type="checkbox"/> Letra grande	<input type="checkbox"/> Audio
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Otro
Sección II:		
¿Está presentando esta queja a su propio nombre?	<input type="checkbox"/> Sí*	<input type="checkbox"/> No
<i>*Si contestó "sí" esta pregunta, diríjase a la Sección III.</i>		
Si no, escriba el nombre y el parentesco de la persona a nombre de quien usted presenta la queja.		
Explique por qué la presenta a nombre de terceros:		
Confirme que usted obtuvo el permiso de la parte agraviada si la presenta a nombre de terceros.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sección III:		
Creo que la discriminación que sufrí estuvo basada en (marcar todo lo que corresponda):		
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Origen nacional
<input type="checkbox"/> Discapacidad		
Fecha de la presunta discriminación (Mes, día, año): _____		
Explique lo más claramente posible lo sucedido y por qué usted cree que fue discriminado(a). Describa a todo aquel que estuvo involucrado. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona(s) que le discriminó (si los sabe) así como el nombre e información de contacto de todo testigo. Si necesitara más espacio, use el reverso de este formulario.		

Sección IV:		
¿Ha presentado previamente una Queja de Discriminación en esta agencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si es así, entregue cualquier información de referencia relacionada con su queja anterior. _____ _____		
Sección V:		
¿Ha presentado esta queja en cualquier otra agencia Federal, Estatal o local, o en algún tribunal Federal o Estatal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si es así, marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Agencia Federal: _____ <input type="checkbox"/> Tribunal Federal : _____ <input type="checkbox"/> Agencia Estatal: _____ <input type="checkbox"/> Tribunal Estatal: _____ <input type="checkbox"/> Agencia Local: _____		
Indique la información de una persona de contacto de la agencia/tribunal donde presentó la queja.		
Nombre: _____		
Título: _____		
Agencia: _____		
Dirección: _____		
Teléfono: _____		
Sección VI:		
Nombre de la agencia que usted demanda: _____		
Nombre de la persona que usted demanda: _____		
Título: _____		
Sede: _____		
Número de teléfono (si está disponible): _____		

Usted puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que crea concierne su queja.

Se requiere su firma y la fecha a continuación.

Firma

Fecha

Si necesita información en otro idioma, llame al 1-866-874-3972. Envíe este formulario a:

United Disability Services
Toni Sideri, Director of Human Resources
701 S. Main Street, Akron OH 44311
330-762-9755
info@udsakron.org