

# Bossier Council on Aging

## Title VI/ADA Complaint Form

### Sección IV

Ha previamente presentado una queja del Título VI con el Bossier Council on Aging\_?

No

Sí

### Sección V

¿Ha presentado esta queja con cualquier otro federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal?  Sí  No

En caso afirmativo, marque el nombre de todas las que correspondan:

- Agencia Federal: \_\_\_\_\_
- Tribunal Federal: \_\_\_\_\_
- Agencia Estatal: \_\_\_\_\_
- Tribunal Estatal: \_\_\_\_\_
- Agencia local : \_\_\_\_\_

Sírvanse proporcionar información acerca de una persona de contacto en la corte / entidad donde se presentó la queja.

Nombre: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### Sección VI

Nombre de la agencia/compañía de queja es contra: \_\_\_\_\_

Persona de contacto: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

Por favor, envíe este formulario en persona en la dirección indicada más abajo:

Bossier Council on Aging  
Tamara Crane, Executive Director  
706 Bearkat Dr.  
Bossier City, Louisiana 71111

# Bossier Council on Aging

## Title VI/ADA Complaint Form

Formato de Reclamo del Título VI o ADA del Bossier Council on Aging

### Sección I:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa/Celular): \_\_\_\_\_

Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Sección II:

¿Está usted presentando esta queja en su propio nombre:      Sí       No

\* Si usted contestó "sí" a esta pregunta, pase a la Sección III.

Si su respuesta es "no", por favor escribe el nombre y la relación de la persona que está presentando la queja en contra:

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Si usted está presentando una queja de parte de otra persona, por favor, explica porqué en el siguiente espacio:

¿Se ha obtenido el permiso de la parte perjudicada, si usted está presentando en nombre de un tercero:      Sí       No

### Sección III:

Creo que la discriminación que experimenté fue basado en (marque todo lo que corresponda):

Raza       Color       Origen Nacional

Fecha de la discriminación alegada (Mes, Día, Año): \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Explique, lo más claramente posible, lo que sucedió y porqué usted cree que fue discriminado. Describe todas las personas quien estuvieron involucradas. Incluye el nombre y la información de contacto de la persona (s) que discriminó (si se conoce), así como los nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, adjunte hojas adicionales a este formulario: