*COOPERATIVA GUBERNAMENTAL*

*DEL DISTRITO TRES*

**Apéndice B**

**Formulario de queja por discriminación en virtud del Título VI/ADA**

Sección I: Este formulario debe presentarse al Gerente del Título VI de la Cooperativa Gubernamental del Distrito Tres, como se indica a continuación

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección I**: | | | | | | | |
| Nombre: | | | | | | | |
| Dirección: | | | | | | | |
| Teléfono (particular): | | Teléfono (trabajo): | | | | | |
| ¿Necesidades de formato accesible? | Letra grande | Cinta de audio | Si es otro, enumere/explique: | | | | |
| TDD | Otro |
| **Sección II**: | | | | | | | |
| ¿Está presentando esta queja en su propio nombre? | | | Sí\* | | | No | |
| \*Si respondió “sí” a esta pregunta, pase a la sección III | | | | | | | |
| En caso negativo, indique el nombre y el parentesco de la persona por la que presenta la queja: | | | |  | | | |
| Por favor, explique por qué ha presentado la queja en nombre de un tercero: | | | | | | | |
| Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si presenta la queja en nombre de un tercero: | | | | | Sí | | No |
| **Sección III:** | | | | | | | |
| Creo que la discriminación sufrida se basó en (marque todas las que corresponda):  🞎 Raza 🞎 Color 🞎 Origen nacional 🞎 Discapacidad  Fecha de la supuesta discriminación (Mes, Día, Año): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Explique lo que ocurrió con la mayor claridad posible y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron implicadas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que le discriminó(aron) (si los conoce) así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario. | | | | | | | |
| **Sección IV:** | | | | | | | |
| ¿Ha presentado anteriormente una queja en virtud del Título VI ante esta agencia? 🞎 Sí 🞎 No | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **Sección V:** |
| ¿Ha presentado esta queja ante algún otro organismo federal, estatal o local, o ante algún Tribunal Federal o Estatal?  🞎 Sí 🞎 No  En caso afirmativo, marque todas las que correspondan:  🞎 Agencia Federal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  🞎 Tribunal Federal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎 Agencia Estatal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 🞎 Tribunal Estatal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎 Agencia Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la queja. |
| Nombre: |
| Cargo: |
| Agencia: |
| Dirección: |
| Teléfono: |
| **Sección VI:** |
| Nombre de la Agencia contra la que se dirige la queja: |
| Persona de contacto: |
| Cargo: |
| Número de teléfono: |
| Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.  **Firma y fecha requeridas a continuación**  **Firma: Fecha:** |
| Presente este formulario en persona en la dirección indicada a continuación. o envíelo por correo a:  Gerente del Título VI  Cooperativa Gubernamental del Distrito Tres  4453 Lee Highway  Marion, VA24354  [info@district-three.org](mailto:info@district-three.org) |