

# Formulario de queja por discriminación ADA/Título VI

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                       |                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>Sección I:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                       |                                         |
| Nombre:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                       |                                         |
| DIRECCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                       |                                         |
| Teléfono (Casa):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Teléfono (Trabajo):                   |                                         |
| Dirección de correo electrónico:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                       |                                         |
| ¿Requisitos de formato accesible?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Letra grande | <input type="checkbox"/> Cinta de audio |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> TDD          | <input type="checkbox"/> Otro           |
| <b>Sección II:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |                                         |
| ¿Está presentando esta queja en su propio nombre?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Sí*          | <input type="checkbox"/> No             |
| <i>*Si respondió "sí" a esta pregunta, pase a la Sección III .</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |                                         |
| En caso contrario, proporcione el nombre y la relación de la persona por la que presenta la queja.                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |                                         |
| Por favor explique por qué ha presentado la solicitud en nombre de un tercero:                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                       |                                         |
| Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte afectada si está presentando la solicitud en nombre de un tercero.                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Sí           | <input type="checkbox"/> No             |
| <b>Sección III:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                       |                                         |
| Creo que la discriminación que sufrí se basó en (marque todas las que correspondan):                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                                         |
| <input type="checkbox"/> Carrera <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional <input type="checkbox"/> Discapacidad                                                                                                                                                                                                                                             |                                       |                                         |
| Fecha de la presunta discriminación (mes, día, año): _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                       |                                         |
| Explique con la mayor claridad posible qué sucedió y por qué cree que fue discriminado.<br>Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que lo(s) discriminaron (si se conocen), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario. |                                       |                                         |
| _____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                       |                                         |
| <b>Sección IV:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |                                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Ha presentado anteriormente una queja por discriminación ante esta agencia?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| En caso afirmativo, proporcione cualquier información de referencia sobre su queja anterior.<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                             |                             |
| <b>Sección V:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |                             |
| ¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>En caso afirmativo, marque todas las que correspondan:<br><input type="checkbox"/> Agencia federal: _____<br><input type="checkbox"/> Tribunal Federal: _____ <input type="checkbox"/> Agencia Estatal: _____<br><input type="checkbox"/> Tribunal estatal: _____ <input type="checkbox"/> Agencia local: _____ |                             |                             |
| Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la queja.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |                             |
| Nombre: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |                             |
| Título: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |                             |
| Agencia: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                             |                             |
| DIRECCIÓN: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                             |                             |
| Teléfono: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                             |
| <b>Sección VI:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |                             |
| Nombre de la agencia contra la que se presenta la queja: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                             |                             |
| Nombre de la persona contra la que se presenta la queja: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                             |                             |
| Título: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |                             |
| Ubicación: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                             |                             |
| Número de teléfono (si está disponible): _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                             |                             |

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja. A continuación, se **requiere su firma y fecha** :

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

**Por favor, envíe este formulario personalmente a la dirección que figura a continuación, o envíelo por correo a:**

**Centro de Illinois para el Autismo**

**Juan Burris**

**548 S. Ruby Ln., Fairview Heights, IL 62208**

**618-398-7500, ext. 205**

[johnnyb@illinoiscenterforautism.org](mailto:johnnyb@illinoiscenterforautism.org)

Puede encontrar una copia de este formulario en línea en **[www.illinoiscenterforautism.org](http://www.illinoiscenterforautism.org)**