

Formulario de queja por discriminación ADA/Título VI

Sección I:		
Nombre:		
DIRECCIÓN:		
Teléfono (Casa):	Teléfono (Trabajo):	
Dirección de correo electrónico:		
¿Requisitos de formato accesible?	☐ Letra grande	☐ Cinta de audio
	☐ TDD	☐ Otro
Sección II:		
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?	☐ Sí*	☐ 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.	☐ Sí	☐ No
Sección III:		
Creo que la discriminación que sufrí se basó en (marque todas las que correspondan):		
☐ Carrera	☐ Color	☐ Origen Nacional
☐ Discapacidad		
Fecha de la presunta discriminación (mes, día, año): _____		
Explique con la mayor claridad posible qué sucedió y por qué cree que fue discriminado. 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. _____ _____ _____		
Sección IV:		

¿Ha presentado anteriormente una queja por discriminación ante esta agencia?	☐ Sí	☐ No
En caso afirmativo, proporcione cualquier información de referencia sobre su queja anterior. _____ _____		
Sección V:		
¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia 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: _____		
Título: _____		
Agencia: _____		
DIRECCIÓN: _____		
Teléfono: _____		
Sección VI:		
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

Puede encontrar una copia de este formulario en línea en **www.illinoiscenterforautism.org**