



## **Título VI. Instrucciones de formulario de quejas de discriminación**

People For People se comprometen a garantizar que ningún individuo o organización sea excluido de la participación en, negado los beneficios de su programa, actividades o servicios, o sujeto a discriminación sobre la base de raza, color o origen nacional de acuerdo con el título VI o la ley de derechos civiles de 1964, en su forma enmendada. Cualquier persona que crea que ha sido agraviada por cualquier práctica discriminatoria ilegal bajo el título VI puede presentar una queja con People For People.

Si usted tiene una queja contra People For People, alegando una discriminación del título VI-usted puede presentar una queja firmada, escrita hasta 180 (180) días a partir de la fecha de la discriminación alegada. La queja debe incluir:

- su nombre, dirección postal, preferencia por cómo ponerse en contacto con usted (teléfono o correo electrónico).
- cómo, cuándo, dónde y por qué crees que fuiste discriminado. Incluya la ubicación, los nombres y la información de contacto de cualquier testigo.
- cualquier otra información que usted considere importantes.

Puede utilizar el formulario en la página siguiente para enviar la información de la queja. Si necesita ayuda, póngase en contacto con:

Representante de Recursos Humanos, People For People  
302 West Lincoln, Yakima, WA 98902  
(509) 248-6726, Lada gratis TTY/TDD 800-606-1302 o 509-453-1302

Por favor proporcione su queja por escrito a People For People (dirección arriba). Se recomienda utilizar el correo certificado para fines de rastreo.

Cuando recibemos una queja, People For People hará todo lo posible por abordarla de manera expedita y exhaustiva. People For People le enviará una carta que reconoce la recepción de la queja en el plazo de siete (7) días. Entonces, se le puede pedir que proporcione información adicional para que la queja sea procesada.

Después de que People For People haya terminado de procesar la queja, una carta de respuesta escrita final será enviada a usted.

Si usted no está satisfecho con el resultado de la queja, usted tiene el derecho a:

- apelar la decisión en el plazo de siete (7) días calendario de la recepción de la respuesta escrita final de People For People.
- presentar una queja externamente con la entidad gobernante apropiada.



## Título VI. discriminación formulario de reclamación

*Para obtener más espacio para responder, Adjunte hojas adicionales o utilice la parte posterior de este formulario.*

1. Nombre del Reclamante: \_\_\_\_\_

2. Domicilio: \_\_\_\_\_

3. Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

4. Método de contacto preferido:

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono Opcional: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

5. Persona discriminada (si no es el Reclamante)

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

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

6. Fecha del incidente resultante de la discriminación del título VI: \_\_\_\_\_

7. Describa la discriminación del título VI lo más claramente posible: Qué sucedió y cómo fue discriminado. Indique los nombres y su información de contacto de los involucrados (si está disponible):

---

---

---



8. Dónde ocurrió el incidente: (ubicación, ruta del autobús, nombre del conductor, etc.)

---

---

9. Hubo testigos? Por favor proporcione su información de contacto:

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

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

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

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

10. Presentó esta queja con otra agencia? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Si usted contestó sí, por favor revise cada agencia con la que se presentó esta queja:

\_\_\_ Agencia Federal \_\_\_ Corte Federal \_\_\_ Agencia Estatal \_\_\_ Corte Estatal

\_\_\_ Agencia Local \_\_\_ Otro (lista: \_\_\_\_\_)

11. Proporcione la información sobre la persona de contacto de la agencia con la cual también archivó la queja:

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

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de llena: \_\_\_\_\_

12. Firme la denuncia en el espacio de abajo. Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que respalde su denuncia.

---

Firma del Demandante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_