

Formulario de Queja ADA/Título VI

Antecedentes

Este formulario se utiliza tanto para las quejas del Título VI como para las de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA).

Los Derechos Civiles de 1964 (Título VI) identifican las tres clases protegidas por el Título VI: raza, color y origen nacional, y permiten al demandante seleccionar una o más de esas clases protegidas como base/bases para la discriminación. Si alguna de las poblaciones con dominio limitado del inglés (LEP) en nuestra área de servicio cumple con el umbral de Puerto Seguro, entonces el procedimiento se proporcionará en inglés y en cualquier otro idioma(s) hablado por las poblaciones LEP que cumplan con el Umbral de Puerto Seguro.

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA) brinda protección para que ninguna persona con una discapacidad sea excluida de la participación, se le nieguen los beneficios o sea sometida a discriminación en virtud de cualquier programa, servicio o actividad financiada con fondos federales, sobre la base de la discapacidad.

El Consejo sobre el Envejecimiento del Condado de Auglaize se compromete a brindar un servicio no discriminatorio para garantizar que nadie sea excluido de la participación, se le nieguen los beneficios o sea sometido a discriminación en la recepción de sus servicios por motivos de raza, color u origen nacional, según lo protegido por el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (Título VI), así como brindar protección para que ninguna persona con una discapacidad sea excluida de la participación, se le nieguen los beneficios o sea sometida a discriminación, según lo establecido en la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA).

Si cree que ha sido discriminado, proporcione la siguiente información necesaria para facilitar el procesamiento de su queja. Si necesita ayuda para completar el formulario o si tiene preguntas, no dude en llamar al Coordinador de ADA/Título VI al 419-394-8252. Una vez completado, devuelva una copia firmada y fechada a:

Auglaize County Council on Aging, Inc.
Attn: Executive Director 610 Indiana
Ave, PO Box 215 St.Marys, OH 45885

Nota: La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame al

Formulario de Queja de la ADA y del Título VI

Consejo del Condado de Auglaize sobre el Envejecimiento

Por favor, marque una de las siguientes opciones:

☐ Queja de la ADA o

☐ Queja del Título VI

Sección I:		
Nombre:		
Dirección:		
Teléfono (Casa):		Teléfono (Otro):
Dirección de correo electrónico:		
Requisitos de formato accesible	☐ Ninguno	☐ Cinta de audio
	☐ Letra grande	☐ Otro (Por favor, especifique)
	☐ TDD	
Sección II:		
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?	☐ Sí *	☐ No
*Si respondió "Sí" a esta pregunta, vaya a la		
Sección III. Si no, proporcione el nombre y la relación de esta persona:		
Por favor, explique por qué ha presentado la solicitud para un tercero:		
Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si está presentando la solicitud en nombre de un tercero.	☐ Sí, he obtenido el permiso de la parte agraviada para presentar este formulario en su nombre. ☐ No, NO he obtenido el permiso de la parte agraviada para presentar este formulario en su nombre.	
Sección III:		
Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda):		
	☐ Raza	☐ Mi discapacidad
	☐ Color	☐ Otro (Por favor, especifique)
	☐ Origen nacional	
Fecha de la supuesta discriminación (mes, día, año):		

Explique con la mayor claridad posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que lo discriminaron (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario.

Sección IV:

¿Ha presentado previamente una queja de la ADA o del Título VI ante esta agencia?

☐ Sí

☐ No

Sección V:

¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local o ante cualquier tribunal federal o estatal?

☐ Sí

☐ No

En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan e indique qué agencia:

☐ Agencia Federal

☐ Agencia Estatal

☐ Tribunal Federal

☐ Agencia Local

☐ Tribunal Estatal

Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó

la queja. Nombre: Título: Agencia: Dirección:

Número de teléfono:

Correo electrónico:

Sección VI:

Nombre de la agencia contra la que se presenta la queja:

Persona de contacto: Título:

Número de teléfono:

Aviso importante: Para proteger sus derechos, su queja debe presentarse dentro de los 60 días siguientes a la fecha de la supuesta discriminación. No presentar la queja dentro de los 60 días puede resultar en el rechazo de la misma. Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja a este formulario.

Se requiere su firma y fecha a continuación:

Firma

Fecha

Nombre
en letra de molde

Si necesita información en otro idioma, por favor, póngase en contacto con el 1-877-796-1760. (Si se necesita información en otro idioma, por favor póngase en contacto con 1-877-796-1760.)

Por favor, envíe este formulario en persona a la siguiente dirección o envíe este formulario por correo a:

Auglaize County Council on Aging,
Inc. Attn: Executive Director 610
Indiana Ave, PO Box 215 St.Marys,
OH 45885