

# Formulario de queja conjunto del Título VI/ADA

<b>Section I:</b>		
Nombre':		
Habla a:		
Tele'fono (Habla):	Tele'fono (Trabajo):	
Direccio'n de correo electro'nico:		
Requisitos de formato accessible?	<input type="checkbox"/> Letra grande	<input type="checkbox"/> Cinta de audio
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Otro/Otra
<b>Section II:</b>		
Estra'presentando una queja en su nombre?	<input type="checkbox"/> Si'*	<input type="checkbox"/> No
<i>*Si respondio' afirmativamente a esta pregunta, pase a la Seccio'n III.</i>		
Si no, proporcione el nombre y la relacio'n de la que se esta' quejando.		
Explique por que' ha solicitado a un tercero:		
Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si presenta la solicitud en nombre de un tercero.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<b>Section III:</b>		
I believe the discrimination I experienced was based on (check all that apply):		
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Origen nacional <input type="checkbox"/> Discapacidad
Fecha de la supuesta Discriminacio'n (Mes, Dia, Ano): _____		
Explique los ma's claramente posible lo que sucedio' y por que' cree que fue discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya en nombre y la informacio'n de contacto de la(s) persona(s) que lo discriminaron (si se conocen) asi' como los nombres y la informacion de contacto de los testigos. Si necesita ma's espacio, utilice el reverso de esta fromulario.		
_____		
_____		
_____		
<b>Section IV:</b>		
?Ha presentado previamente una queja por discriminacio'n ante esta agencia?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

En caso afirmativo, proporcione cualquier informaci3n de referencia con respecto a su queja anterior.

**Section V:**

Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algu'n tribunal federal o estatal?

Si       No

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

Agencia Federal: \_\_\_\_\_

Corte Federal: \_\_\_\_\_       Agencia estado: \_\_\_\_\_

Tribunal estatal: \_\_\_\_\_       Agencia local : \_\_\_\_\_

Please provide information about a contact person at the agency/court where the complaint was filed.

Nombre:

Titulo:

Agencia:

Habla a:

Tele'fono:

**Section VI:**

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

Nombre del la persona contra la que se presenta la queja:

Titulo:

Ubicacio'n:

Numero do tele'fono (si se conoce):

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra informaci3n que considere relevante para su queja. Su firma y fecha son **requeridas** a continuacio'n.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Please submit this form in person at the address below, or mail this form to:**

**Kenmare Wheels and Meals**  
221. North Central Ave. Kenmare, ND 58746  
701.385.4364  
[wandm@restel.net](mailto:wandm@restel.net)

