Forma Para Poner una Queja
(De Acuerdo Al Título VI)

Nota: La siguiente información se necesita para procesar su queja.

Información de la persona que está poniendo la queja:

Nombre: Dirección: _____
Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Teléfono(Casa): _____
Teléfono (Trabajo): _____

Persona A La Que Se Discriminó (alguien que no sea la persona que está poniendo la queja)

Nombre: Dirección: _____
Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Teléfono(Casa): _____
Teléfono (Trabajo): _____

¿Cuál de las siguientes razones describe por lo que usted siente que se le discriminó?

Raza/Color (Especifique) _____ Nacionalidad (Especifique) _____

¿En qué fecha(s) sucedió la discriminación? _____

Describa la presunta discriminación. Explique qué sucedió y quién cree usted que fue responsable (si necesita más espacio, agregue otra hoja).

_____
_____
_____
_____
_____

Escriba una lista con los nombres de las personas que puedan tener conocimiento de la presunta discriminación y cómo contactarlas.

_____

_____

_____

¿Ha presentado esta queja con otra agencia federal, estatal o local, o con cualquier corte federal o estatal? Marque todas las que apliquen.

Agencia Federal _____ Corte Federal _____ Agencia Estatal _____
Corte Estatal _____ Agencia Local _____

Por favor proporcione información de la persona a la que presentó su queja en la agencia/corte.

Nombre:_____
Dirección:_____
Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Teléfono(Casa): _____
Teléfono (Trabajo): _____

Por favor firme abajo. Puede anexar cualquier material escrito u otra información que usted crea que es relevante sobre su queja.

_____ _____
Firma de la Persona que presenta la queja Fecha

Número de Anexos: _____

Someta la forma y cualquier información adicional a:
Horizon Health and Wellness, Risk Management Director
625 N. Plaza Dr.,
Apache Junction, AZ 85120
Teléfono: 520-836-1688