

Formulario de Queja de OSR [Queja]

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
*Si contestó "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.		
Si no, proporcione el nombre y la relación de la persona para la que se queja:		
Por favor explique por qué ha solicitado un tercero:		
Por favor confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si está presentando en nombre de un tercero.	Sí*	No
Sección III:		
Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todas las que apliquen):		
<input type="checkbox"/> Edad		
<input type="checkbox"/> Discapacidad		
<input type="checkbox"/> Carrera		
<input type="checkbox"/> Color		
<input type="checkbox"/> Origen Nacional		
Fecha de presunta discriminación (mes, día, año): _____		
Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que discriminó en su contra (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Si se necesita más espacio, por favor utilice la parte posterior de este formulario.		

Sección IV:		
¿Ha presentado anteriormente una queja de Título VI con OSR?	Sí*	No

Sección V:

¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia Federal, Estatal o local, o con cualquier tribunal Federal o Estatal?

Sí No

Si la respuesta es sí, marque todas las que correspondan:

Agencia Federal _____

Tribunal Federal _____

Agencia Estatal _____

Tribunal Estatal _____

Agencia Local _____

Por favor 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 queja de la Agencia es contra:

Persona de Contacto:

Título:

Número de Teléfono:

Usted puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que usted piense que es relevante para su queja. Firma y fecha requeridas debajo

Firma

Fecha

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

Putnam County Office for Senior Resources

Attn: Director

110 Old Route 6, Donald B. Smith Campus, Building #3, Carmel, NY 10512