



Formulario de Queja por Discriminación ADA / Título VI

SECCIÓN I:

Nombre:

Dirección:

Teléfono (Casa):

Teléfono (Trabajo):

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 respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.

Si no, por favor proporcione el nombre y la relación de la persona por quien está presentando la queja.

Por favor explique por qué ha presentado una queja en nombre de un tercero:

Por favor confirme que ha obtenido el permiso de la parte afectada si está presentando en nombre de un tercero.

Sí* No

SECCIÓN III:

Creo que la discriminación que experimenté fue basada en (marque todas las que correspondan):

Raza Color Origen Nacional Discapacidad

Fecha de la presunta discriminación (Mes, Día, Año): _____

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

SECCIÓN IV:

¿Ha presentado anteriormente una Queja por Discriminación ante esta agencia?

Sí* No

Si es así, por favor proporcione cualquier información de referencia relacionada con su queja anterior.

SECCIÓN V:

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

Sí* No

Si es así, 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 V:

Nombre de la agencia contra quien se presenta la queja: _____

Nombre de la persona contra quien se presenta la queja: _____

Título: _____

Ubicación: _____

Número de teléfono (si está disponible): _____

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.

Su firma y fecha son requeridas a continuación:

Firma

Fecha

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

Touchette Regional Hospital
Bryan Hartwick, Director de Recursos Humanos
5900 Bond Avenue, Cahokia Heights, IL 62207

Teléfono: 618-482-7127

Correo electrónico: complianceconcern@touchette.org