

Formulario de Denuncio de GLCAP para el Título VI

Para los quienes no quieran o puedan completar el formulario en línea en [Comments | Great Lakes Community Action Partnership \(glcap.org\)](#), se le puede enviar el siguiente formulario para completarlo:

Sección I:				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono (Casa):			Teléfono (Trabajo):	
Dirección de Correo Electrónico:				
¿Requiere un Formato Accesible?	Letra Grande		Grabación de Audio	
	Máquina TDD/TTY		Otro	
Sección II:				
¿Ud. está compeltando este denuncia por su propia cuenta?			Sí*	No
*Si Ud. contestó "sí" a esta pregunta, ve a la Sección III.				
Sí no, por favor proporcione el nombre y su relación a la persona para quien usted esté denunciando:				
Por favor explique por qué usted hizo el denuncia para un tercer partido: _____				
Por favor confirme que usted ha obtenido el permiso del partido agraviado si usted está denunciando por la cuenta de un tercer partido			Sí	No
Sección III:				
Yo creo que la discriminación que experimenté fue basado en (marque todos que aplican):				
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Nacionalidad <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Bajos Ingresos				
Fecha de la Discriminación Presunta (Mes, Día, Año): _____				
Explique lo más claramente 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 le discriminó (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				

¿Ud. ha hecho antes un denuncia del Título VI con esta agencia?	Sí	No
Sección V		
¿Ud. ha presentado este denuncia ante cualquier otra agencia Federal, Estatales o Local, con ante de cualquier Corte Federal o Estatal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si sí, marque todos que aplican:		
<input type="checkbox"/> Agencia Federal: _____		
<input type="checkbox"/> Corte Federal _____ <input type="checkbox"/> Agencias Estatal _____		
<input type="checkbox"/> Corte Estatal _____ <input type="checkbox"/> Agencia Local _____		
Por favor proporcione información sobre la persona de contacto en la agencia/corte donde se presentó el denuncia.		
Nombre:		
Título:		
Agencia:		
Dirección:		
Teléfono:		
Sección VI		
Nombre de la Agencia sujeto del denuncia:		
Persona de Contacto:		
Título:		
Número de Teléfono:		

Usted puede adjuntar cualquier materia escrita u otra información que usted cree que sea relevante a su denuncia. Se requiere la firma y la fecha abajo.

Firma

Fecha

Por favor entregue este formulario en persona a la dirección de abajo o enviarlo por correo a:

Great Lakes Community Action Partnership
Human Resources
P.O. Box 590
Fremont, Ohio 43420