

**Title VI Complaint Form Regarding the 5310 Accessible Vans – Spanish**

**Forma Para Poner una Queja  
(De Acuerdo Al Título VI)  
Respecto a las Furgonetas Accesibles 5310**

*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 Estatal \_\_\_\_\_ Corte Federal \_\_\_\_\_  
Agencia Local \_\_\_\_\_ Agencia Estatal \_\_\_\_\_

**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:

Terros Health, Patient Advocate (Title VI Program Coordinator)  
3003 N Central Ave, Suite 400  
Phoenix, AZ 85012  
Teléfono: 602-389-3734

Correo electrónico: [QOC@TerrosHealth.org](mailto:QOC@TerrosHealth.org)

Puede encontrar una copia de este formulario en línea en [www.terroshealth.org/TitleVI](http://www.terroshealth.org/TitleVI).