Complaint Form (English)

Section I:				
Name:				
Address:				
Telephone (Home):			Telephone (Work):	
Electronic Mail Address:				
Accessible Format Requirements?	Large Print		Audio Tape	
	TDD		Other	

Section II:		
Are you filing this complaint on your own behalf?	Yes*	No
*If you answered "yes" to this question, go to Section III.		
If not, please supply the name and relationship of the person for whom you are complaining:		
Please explain why you have filed for a third party: _____		
Please confirm that you have obtained the permission of the aggrieved party if you are filing on behalf of a third party.	Yes	No

Section III:

I believe the discrimination I experienced was based on (check all that apply):

[ ] Race [ ] Color [ ] National Origin [ ] Age

[ ] Disability [ ] Family or Religious Status [ ] Other (explain)

_____

Date of Alleged Discrimination (Month, Day, Year): _____

Explain as clearly as possible what happened and why you believe you were discriminated against. Describe all persons who were involved. Include the name and contact information of the person(s) who discriminated against you (if known) as well as names and contact information of any witnesses. If more space is needed, please use the back of this form.

_____

_____

Section IV

Have you previously filed a Title VI complaint with this agency?	Yes	No

Section V

Have you filed this complaint with any other Federal, State, or local agency, or with any Federal or State court?

[ ] Yes [ ] No

If yes, check all that apply:

[ ] Federal Agency: _____

[ ] Federal Court _____ [ ] State Agency _____

[ ] State Court _____ [ ] Local Agency _____

Please provide information about a contact person at the agency/court where the complaint was filed.

Name:

Title:

Agency:

Address:

Telephone:

Section VI

Name of agency complaint is against:

Contact person:

Title:

Telephone number:

You may attach any written materials or other information that you think is relevant to your complaint. Signature and date required below

_____ _____

Signature Date

Complaint Form in Spanish

Sección I:		
Nombre:		
Dirección:		
Teléfono (Residencial):	**Teléfono Secundario(*Opcional*):**	
Correo Electrónico:		
Sección II:		
¿Está usted presentando esta queja en nombre propio?	Sí*	No
Si usted ha contestado "sí"a esta pregunta, vaya a la Sección III.		
Si su respuesta es "no", por favor provea el nombre y relación con la persona para la cual usted presenta la queja.		
Por favor explique la razón que usted presenta esta queja en nombre de otra persona:		
Si usted está presentando una queja de parte de otra persona, por favor confirme que usted ha obtenido el permiso de la persona perjudicada.	Sí	No
Seccióon III:		
Creo que la discriminación de la que fui objeto se basó en (marque todos que correspondan): [ ] Raza [ ] Colór [ ] Orígen Nacionál Fecha de la supuesta discriminación (Mes, Día, Año): _____ Explique lo más claro posible que lo que sucedió y por qué usted cree que fue objeto de discriminación. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre e información de contacto de la(s) persona(s) que lo discriminaron (si los conoce) así como los nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, por favor use la parte del dorso lado del formulario o adjunte hojas adicionales. _____ _____		
Sección IV:		

¿Ha presentado anteriormente una queja del Título VI con Henderson Behavioral Health?	Sí	No

Sección V:

¿Ha presentado una queja ante otra agencia Federal, Estatal, Local, o ante cualquier otra agencia Federal o Corte Estatal?

[ ] Sí [ ] No

Si usted contesta que "sí", marque todas las opciones que correspondan:

[ ] Agencia Federal: _____

[ ] Corte Federal _____ [ ] Agencia Estatal _____

[ ] Corte Estatal _____ [ ] Agencia Local _____

Favor de proporcionar la información acerca de una persona de contacto en la agencia donde se presentó la queja.

Nombre:

Posición:

Agencia:

Dirección:

Teléfono:

Sección VI:

Nombre de la Agencia de Tránsito contra la que se presenta la queja:

Persona de contacto:

Posición:

Teléfono:

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

Se requiere firma y fecha abajo para completar este formulario:

_____ _____

Firma Fecha

Complaint Form (French Creole)

Fòm Plent Tit VI

Seksyon I:				
Non:				
Adrès:				
Telefòn (Kay):		Telefòn (Travay)		
Adrès Imèl:				
Èske ou bezwen fòma aksesib?	Gwo Lèt		Kasèt	
	TDD		Lòt	

Seksyon II:		
Èske w ap depoze plent sa a pou tèt ou?	Wi*	Non
*Si ou te reponn "wi" pou kesyon sa a, ale sou seksyon III.		
Si se non, tanpri bay non moun w ap pote plent pou li ak sa li ye pou ou:		
Tanpri eksplike poukisa w ap depoze plent la pou yon lòt moun: _____		
Tanpri konfime si ou te gen pèmisyon pou ki gen pwoblèm w ap depoze plent pou li a.	Wi	Non

Seksyon III:

Mwen kwè diskriminasyon mwen te viv la te fè pou (chwazi tout rezon yo):

[ ] Ras [ ] Koulè [ ] Orijin Nasyonal [ ] Laj

[ ] Andikap [ ] Sitiyasyon Familyal ou Relijye [ ] Lòt Eksplike_____

Dat Diskriminasyon w ap akize a te fèt (Mwa, Jou, Ane): _____

Eksplike byen klè mezi li posib kisa ki te pase ak poukisa pou panse yo te fè diskriminasyon kont ou. Dekri tout moun ki te enplike yo. Mete non ak enfòmasyon pou kontakte moun ki te fè diskriminasyon kont ou a (si ou konnen) ansanm ak non ak enfòmasyon pou kontakte nenpòt temwen. Si ou bezwen plis plas, itilize do fòm sa a.

_____

_____

Seksyon IV		
Eksè ou depoze yon plent Tit VI ak ajans sa a deja?	Wi	Non

Seksyon V

Èske ou depoze plent sa a ak okenn lòt ajans Federal, Eta, oswa lokal, oswa nenpòt lòt tribinal Federal oswa Eta?

[ ] Wi [ ] Non

Complaint Form (French Creole)

Si se wi, chwazi tout sa ou te kontakte:	
[ ] Ajans Federal:	
[ ] Tribinal Federal	[ ]Ajans Eta
[ ] Tribinal Eta	[ ]Ajans Lokal
Tanpri bay enfòmasyon sou yon kontak nan ajans/tribinal ou te depoze plent la.	
Non:	
Tit:	
Ajans:	
Adrès:	
Telefòn:	
Seksyon VI	
Non ajans w ap pote plent kont li a:	
Moun pou kontakte:	
Tit:	
Nimewo telefòn:	

Ou kapab kote nenpòt dokiman ekri osa lòt enfòmasyon pou panse enpòtan pou plent ou a.

Ou oblije mete siyati ak dat pi ba a.

Siyati _____ Dat _____