



**A Caring Place Adult Day Services
Catholic Charities Indianapolis
Formulario de Quejas del Título VI**

Nombre de la persona que presenta la queja			Telefono de la casa
Domicilio particular Calle	Ciudad, Estado	Código postal	Telefono del trabajo
Dirección de correo electrónico			
Persona discriminada (si no es la misma que presenta la queja)			Telefono de la casa
Domicilio particular Calle	Ciudad, Estado	Código postal	Telefono del trabajo

1. Fundamento específico de la discriminación (Marque los casilleros que correspondan):

Raza _____ Color _____ Nacionalidad _____

2. Fecha del presunto acto de discriminación _____

3. Demandado (Nombre, cargo y el trabajo de ubicación de la persona que bellve discriminó (si corresponde).)

Nombre	
Puesto de trabajo	Lugar de trabajo

4. Describa cómo usted cree que fue discriminado. ¿Qué pasó y quién fue el responsable? Para obtener más espacio, adjunte hojas adicionales.

5. ¿Presentó esta demanda ante otra agencia local, estatal o federal, o ante un tribunal estatal o federal? Sí _____ No _____

Si la respuesta es sí, marque los organismos ante los cuales presentó la demanda:

Agencia federal _____ Tribunal federal _____ Agencia estatal _____ Tribunal estatal _____ Agencia local _____

Nombre de la agencia y fecha de presentación _____

6. Proporcione información de contacto de un representante del organismo adicional (agencia o tribunal) ante el cual presentó la demanda:

Nombre			
Domicilio Calle	Ciudad, Estado	Código postal	Telefono

Firme esta demanda en el espacio que figura a continuación. Adjunte todo documento de apoyo.

Firma _____ **Fecha** _____

Por favor, rellene este formulario y envíelo por correo, fax o por correo electrónico a la Directora
A Caring Place, de Cumplimiento y Derechos Civiles.
Correo: 4609 N Capitol Ave., Indianapolis, IN 46208
Fu: 317-475-3093