

# Discrimination Complaint Form

<b>Section I:</b>		
Name:		
Address:		
Telephone (Home):	Telephone (Work):	
Electronic Mail Address:		
Accessible Format Requirements?	<input type="checkbox"/> Large Print	<input type="checkbox"/> Audio Tape
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Other
<b>Section II:</b>		
Are you filing this complaint on your own behalf?	<input type="checkbox"/> Yes*	<input type="checkbox"/> No
<i>*If you answered "yes" to this question, go to <b>Section III</b>.</i>		
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.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<b>Section III:</b>		
I believe the discrimination I experienced was based on (check all that apply):		
<input type="checkbox"/> Race	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> National Origin
<input type="checkbox"/> Disability		
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.		
_____		
_____		
_____		
<b>Section VI:</b>		
Have you previously filed a Title VI complaint with this agency?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

If yes, please provide any reference information regarding your previous complaint.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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:

Name of person complaint is against:

Title:

Location:

Telephone Number (if available):

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

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Please submit this form in person at the address below, or mail this form to:

HOPE, Inc. c/o Becca King, Title VI Coordinator

1200 N. Country Club Blvd.

Tucson, Arizona 85716

520-770-1197

beccaking@hopetucson.org

A copy of this form can be found online at [www.hopetucson.org](http://www.hopetucson.org)

<b>Formulario de quejas de discriminación</b>		
<b>Section I:</b>		
Nombre:		
Dirección:		
Teléfono: (Casa)::	Telefono (Trabajo):	
Dirección de Correo Electrónico:		
Disponible Formato?	<input type="checkbox"/> Letra Grande	<input type="checkbox"/> Español
<b>Section II:</b>		
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?	<input type="checkbox"/> Si*	<input type="checkbox"/> No
* Si usted contestó "si" a esta pregunta, vaya a la <b>Section III</b> .		
Si no es así, por favor proporcione el nombre y la relación de la persona para la cual se está quejando.		
Por favor, explique por qué usted ha presentado para un tercero:		
Por favor, confirma que ha obtenido el permiso de la parte perjudicada, si usted está presentando en nombre de un tercero:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<b>Section III:</b>		
Creo que la discriminación que experimenté fue basado en (marque todo lo que corresponda):		
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Origen Nacional
<input type="checkbox"/> Discapacidad		
Fecha de la Discriminación Presunta (mes, día, año): _____		
Explique lo más claramente posible lo que pasó y por qué cree que fue discriminado. Describir todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona(s) que lo discriminó (si se conoce), así como los nombres y la información de los testigos en contacto. Si se necesita más espacio, por favor use la parte de atrás de esta formulario.		
_____		
_____		
_____		
<b>Section VI:</b>		
¿Ha presentado previamente una queja del Título VI con esta agencia?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

En caso afirmativo, sírvase proporcionar cualquier información de referencia con respecto a su queja anterior.

**Section V:**

¿Ha presentado esta queja ante cualquier otro, estatal o agencia local Federal, o con cualquier corte federal o estatal?

Si             No

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

Agencia Federal: \_\_\_\_\_

Tribunal Federal: \_\_\_\_\_  Agencia Estatal: \_\_\_\_\_

Tribunal Estatal : \_\_\_\_\_  Agencia Local: \_\_\_\_\_

Sírvanse proporcionar información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la denuncia.

Nombre:

Título:

Agencia:

Dirección:

Teléfono:

**Section VI:**

Nombre de la agencia de queja es en contra:

Nombre de la persona queja es en contra:

Título:

Ubicación:

Número de teléfono (si está disponible):

Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que usted piensa que es relevante para su queja. Su firma y la fecha están obligados a continuación.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Por favor envíe esta formulario en persona en la dirección física o de correo electrónico a continuación, o envíe esta formulario a:

HOPE, Inc. c/o Becca King, Title VI Coordinator

1200 N. Country Club Blvd.

Tucson, Arizona 85716

520-770-1197

beccaking@hopetucson.org

Una copia de esta formulario se puede encontrar en línea en [www.hopetucson.org](http://www.hopetucson.org)