SPERO FAMILY SERVICES

FORMULARIO DE QUEJA POR DISCRIMINACIÓN — ADA / TÍTULO VI

Sección 1 Sus datos de contacto

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Medio de contacto preferido: ☐ Teléfono ☐ Correo electrónico ☐ Correo postal

¿Necesita un formato accesible o ayuda para completar este formulario?

☐ Letra grande ☐ Formato de audio
☐ Servicio TTY/TDD o de retransmisión de telecomunicaciones
☐ Otra adaptación: _____

Describa cualquier ayuda de comunicación o accesibilidad que necesite:

_____

Sección 2 Presentación de una queja en nombre de otra persona

¿Está presentando esta queja en su propio nombre? ☐ Sí ☐ No

Si respondió «Sí», pase a la Sección 3.

Si respondió «No», proporcione la siguiente información:

Nombre de la persona en cuyo nombre presenta la queja: _____

Su relación con esta persona: _____

Explique por qué presenta la queja en nombre de esta persona:

_____

_____

¿Ha obtenido el permiso de esta persona para presentar la queja? ☐ Sí ☐ No

Si respondió «No», explique con qué autorización actúa en nombre de esta persona:

_____

Sección 3 Descripción de la presunta discriminación

Creo que la discriminación se basó en lo siguiente. Marque todas las opciones que correspondan:

☐ Raza ☐ Color ☐ Origen nacional ☐ Discapacidad

Fecha(s) de la presunta discriminación: _____

Lugar donde ocurrió la presunta discriminación: _____

Explique qué ocurrió y por qué cree que sufrió discriminación. Incluya:

- El servicio, programa, actividad o acceso relacionado con la queja.
- Los nombres y las funciones de las personas involucradas.
- Los datos de contacto de la(s) persona(s) que presuntamente le discriminaron, si los conoce.
- Los nombres y los datos de contacto de los testigos.
- Cualquier adaptación solicitada y la respuesta recibida, si corresponde.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Adjunte páginas adicionales si necesita más espacio.

Sección 4 Quejas anteriores presentadas ante Spero

¿Ha presentado anteriormente una queja por discriminación ante Spero Family Services? ☐ Sí ☐ No

Si respondió «Sí», proporcione la fecha, el número de referencia y cualquier otra información pertinente:

_____

_____

_____

Sección 5 Quejas presentadas ante otras agencias o tribunales

¿Ha presentado esta queja ante otra agencia federal, estatal o local, o ante un tribunal federal o estatal? ☐ Sí ☐ No

Si respondió «Sí», marque todas las opciones que correspondan e identifique la agencia o el tribunal:

☐ Agencia federal: _____

☐ Agencia estatal: _____

☐ Agencia local: _____

☐ Tribunal federal: _____

☐ Tribunal estatal: _____

Fecha de presentación y número de queja o de caso, si los conoce: _____

Proporcione los datos de contacto de la agencia o del tribunal que atiende la queja. Adjunte páginas adicionales si hay más de una agencia o tribunal involucrado.

Persona de contacto: _____

Cargo: _____

Agencia o tribunal: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Sección 6 Agencia o persona contra la que se presenta la queja

Nombre de la agencia u organización: _____

Nombre de la persona, si lo conoce: _____

Cargo o función: _____

Programa o ubicación: _____

Número de teléfono, si lo conoce: _____

Sección 7 Información de respaldo y firma

Puede adjuntar documentos u otra información pertinente a su queja.

Firma de la persona que presenta la queja o de su representante autorizado:

_____

Nombre en letra de molde: _____

Fecha: _____

Cómo presentar su queja

Entregue este formulario en persona, por correo postal o por correo electrónico a:

Spero Family Services

A la atención de: Amber Overstreet, directora de Recursos Humanos
2023 Richview Road
Mt. Vernon, IL 62864

Teléfono: (618) 242-1070
Correo electrónico: amber.overstreet@sperofs.org

Si necesita ayuda para completar o presentar este formulario, o requiere un formato accesible, comuníquese con la persona indicada arriba.

Puede encontrar una copia de este formulario en www.sperofs.org.