



## Título VI y la Ley de Americanos con Discapacidades Formulario de Queja

Por favor complete y envíe este formulario a LINC por correo, fax, o correo electrónico. Si usted necesita traducción de idioma u otra asistencia, comuníquese con LINC.

Title VI & ADA Complaint Officer  
Living Independence Network Corporation  
1878 West Overland Road  
Boise, Idaho 83705  
Teléfono: (208) 335-3335 ext. 211  
Fax: (208) 384-5037  
Correo Electrónico: [lsullivan@lincidaho.org](mailto:lsullivan@lincidaho.org)

Las quejas también se pueden entregar personalmente en la oficina de LINC en Twin Falls en 1182 Eastland Drive North entre las 9am y las 5pm, de lunes a jueves.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### Tipo de Queja:

- Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964
- Ley de Americanos con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés)

### Base de la Queja (marque todas las que correspondan):

- Color de Raza
- Origen Nacional
- Sexo/Género
- Edad
- Discapacidad (ADA, por sus siglas en inglés)
- Represalias
- Otro: \_\_\_\_\_

### ¿Quién lo discriminó?

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre de Organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**¿Cómo lo discriminaron? (Adjunte páginas adicionales si se necesita más espacio):**

---

---

---

---

---

---

---

---

**¿Dónde ocurrió la discriminación?**

---

---

---

---

**¿Fechas y horas en que ocurrió la discriminación?**

---

---

---

---

**¿Hubo otros testigos de la discriminación?**

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre de Organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**¿Cómo le gustaría a usted ver resuelta esta situación?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**¿Ha presentado usted su queja, reclamo, o demanda ante alguna otra agencia o tribunal?**

Quién: \_\_\_\_\_

Cuándo: \_\_\_\_\_

Estado (pendiente, resuelto, etc.): \_\_\_\_\_

Resultado, si se sabe: \_\_\_\_\_

Número de queja, si se sabe: \_\_\_\_\_

**¿Tiene un abogado en este asunto?**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_