

Forma De Reclamación Bajo El Título VI

Cualquier persona que crea que ha sido discriminada por Duet: Partners In Health & Aging o por cualquiera de sus proveedores de servicios y cree que la discriminación fue basada en su raza, color u origen nacional, puede registrar una queja formal ante Duet: Partners In Health & Aging. Cualquier queja de este tipo debe realizarse por escrito y presentarse dentro de los 180 días siguientes a la fecha del supuesto suceso discriminatorio.

Por favor proporcione la siguiente información para procesar su queja. Hay formatos e idiomas alternativos disponibles si se solicitan. Usted se puede comunicar con Senior Director of Operations al 602-274-5022 (TTY: 711) ó por correo electrónico a feedback@duetaz.org.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre: _____ Apellido: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Correo Electrónico: _____

Teléfono Celular: _____ Teléfono del Hogar: _____

Método preferido de contacto: ☐ Teléfono del Hogar ☐ Teléfono Celular ☐ Correo Electrónico

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN SOBRE EL INCIDENTE

Fecha del Incidente: _____ Hora del Incidente: _____ ☐ AM ☐ PM

Ubicación del Incidente: _____

Nombre del Personal/Voluntario de Duet: _____

Descripción del Personal/Voluntario de Duet: _____

¿En qué se basó la discriminación? (Marque todo lo que sea aplicable):

☐ Raza ☐ Color ☐ Origen Nacional ☐ Otro _____

Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree usted que se le discriminó. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la/s persona/s que le discriminó/aron (si los conoce), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Si se necesita más espacio, por favor use el reverso de esta forma. Usted también puede adjuntar cualquier material por escrito u otra información relevante a su queja.

¿Ha usted registrado *previamente* una queja bajo el Título VI ante esta agencia? ☐ Sí ☐ No

Si contestó Sí, proporcione cualquier información de referencia sobre su queja anterior.

¿Ha usted registrado esta queja ante la Administración Federal de Transporte (FTA)? ☐ Sí ☐ No

Si contestó Sí, por favor proporcione información sobre una persona de contacto en la administración FTA donde se registró la queja:

Nombre: _____ Título: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Firma y fecha requeridas abajo:

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor envíe este formulario en persona a la dirección que aparece a continuación o envíe el original por correo postal o correo electrónico a:
Duet: Partners In Health & Aging
10000 N 31st Ave, Suite D200
Phoenix, AZ 85051
feedback@duetaz.org

