



## FORMULARIO DE DENUNCIA DE TÍTULO VI

«Ninguna persona en los Estados Unidos será excluida de participar en ningún programa o actividad que reciba asistencia financiera federal, no le serán negados los beneficios de estos, ni será sujeta a discriminación en estos por cuestiones de raza, color o nacionalidad».

Si siente que lo han discriminado durante la prestación de servicios de transporte, proporcione la siguiente información para ayudarnos a procesar su denuncia. Si necesita asistencia para completar este formulario o más información sobre formatos alternativos, infórmenos.

Envíe por correo o devuelva este formulario

a: Especialista de Recursos Humanos  
New Horizons Community Support Services, Inc.  
2013 William Street, Jefferson City, MO 65109  
[Estados Unidos] Correo electrónico:  
[TitleVI@mo-newhorizons.com](mailto:TitleVI@mo-newhorizons.com)  
Teléfono: 573-636-8108 y fax: 573-635-5019

ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA

|                                                                                                                                                                                                                  |         |                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------|
| 1. Nombre del denunciante:                                                                                                                                                                                       |         |                |
| a. Domicilio:                                                                                                                                                                                                    |         |                |
| b. Ciudad:                                                                                                                                                                                                       | Estado: | Código postal: |
| c. Teléfono (incluya el código de área): Casa ( ) o Celular ( )                                                                                                                                                  | Trabajo |                |
| ( ) -                                                                                                                                                                                                            | ( ) -   |                |
| d. Dirección de correo (electrónico):                                                                                                                                                                            |         |                |
| ¿Prefiere que se lo contacte a este correo electrónico? ( ) SÍ ( ) NO                                                                                                                                            |         |                |
| 2. ¿Necesita un Formulario en Formato Accesible? ( ) SÍ, especifique: _____ ( ) NO                                                                                                                               |         |                |
| 3. ¿Presenta esta denuncia por usted mismo? ( ) SÍ Si la respuesta es SÍ, continúe con la pregunta 7. ( ) NO Si la respuesta es NO, siga a la pregunta 4                                                         |         |                |
| 4. Si respondió NO en la pregunta 3 anterior, proporcione su nombre y domicilio.                                                                                                                                 |         |                |
| a. Nombre de la persona que presenta la denuncia:                                                                                                                                                                |         |                |
| b. Domicilio:                                                                                                                                                                                                    |         |                |
| c. Ciudad:                                                                                                                                                                                                       | Estado: | Código postal: |
| d. Teléfono (incluya el código de área): Casa ( ) o Celular ( )                                                                                                                                                  | Trabajo |                |
| ( ) -                                                                                                                                                                                                            | ( ) -   |                |
| e. Dirección de correo (electrónico):                                                                                                                                                                            |         |                |
| ¿Prefiere que se lo contacte a este correo electrónico? ( ) SÍ ( ) NO                                                                                                                                            |         |                |
| 5. ¿Cuál es su relación con la persona por quien está presentando esta denuncia?                                                                                                                                 |         |                |
| 6. Confirme que tiene el permiso de la parte agraviada si presenta esta denuncia en nombre de un tercer. ( ) SÍ, tengo permiso. ( ) NO, no tengo permiso.                                                        |         |                |
| 7. Creo que la discriminación que experimenté se basa en (tilde todo lo que corresponda): ( ) Raza ( ) Color ( ) Nacionalidad (clases protegidas por el Título VI) ( ) Discapacidad (clase protegida por la ADA) |         |                |

( ) Otro (especifique)

FORMULARIO DE DENUNCIA DE TÍTULO VI – PÁGINA 2

8. Fecha de la presunta discriminación (Día, Mes, Año):

9. ¿Dónde tuvo lugar la presunta discriminación?

10. Explique lo más claro posible qué ocurrió y por qué cree que lo discriminaron. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la/s persona/s que lo discriminaron (si los conoce). *Use el reverso de este formulario o páginas distintas si necesita espacio adicional.*

11. Indique los nombres y números de teléfono/información de contacto de todos los testigos, si hubiera alguno. *Use el reverso de este formulario o páginas distintas si necesita espacio adicional.*

12. ¿Qué tipo de medida correctiva le gustaría que se tomara?

13. ¿Ha presentado una denuncia ante otra agencia local, estatal o federal, o ante algún tribunal estatal o federal? ( ) SÍ Si la respuesta es ( ) NO  
sí, marque todo lo que corresponda.  
a. ( ) Agencia federal (Indique el nombre de la agencia)  
b. ( ) Tribunal federal (Indique la ubicación)  
c. ( ) Tribunal estatal  
d. ( ) Agencia estatal (Especifique la agencia)  
e. ( ) Tribunal de condado (Especifique el tribunal y el condado)  
f. ( ) Agencia local (Especifique la agencia)

14. Si la respuesta a la pregunta 14 anterior es SÍ, brinde la información de contacto de la persona en la agencia/tribunal donde se presentó la denuncia.

Nombre:

Título:

Agencia:

Teléfono: ( ) -

Domicilio:

Ciudad:  
postal:

Estado:

Código

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su denuncia.

Se necesita firma y fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si completó las Preguntas 4, 5 y 6, se requieren su firma y la fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Si necesita información en otra lengua, comuníquese con** el especialista de Recursos Humanos **en 2013 William Street, Jefferson City, MO 65109 [Estados Unidos], o al 573-636-8108 o [TitleVI@mo-newhorizons.com](mailto:TitleVI@mo-newhorizons.com)**