

WestCare Arizona I, Inc.

queja forma

Sección I:				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono (casa):			Teléfono (trabajo):	
Dirección de correo electrónico:				
¿Requisitos de formato accesible?	Letra de gran tamaño		Cinta de audio	
	TDD		Otros	
Sección II:				
¿Está presentando esta denuncia en su nombre?			Sí *	No
* Si contestaste "sí" a esta pregunta, vaya a la sección III.				
Si no, por favor suministrar el nombre y la relación de la persona para quien se quejan:				
Por favor explique por qué han presentado por un tercero:				
Por favor confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si está presentando en nombre de un tercero.			Sí	No
Sección III:				
Creo que la discriminación que viví fue basada en (marque todos que aplican):				
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> de nacionalidad edad				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Discapacidad otros (explicar) ____				

Dirección:
Teléfono:
Sección VI
Nombre de denuncia de la agencia está en contra de:
Persona de contacto:
Título:
Número de teléfono:

Usted puede conectar cualquier material escrito u otra información que crees que es relevante a su queja.

Firma y fecha especificadas a continuación

Firma fecha

Por favor enviar este formulario personalmente en la siguiente dirección, o enviar por correo este formulario a:

Cheryl Debatt

Director de área de Arizona WestCare / título VI Coordinador

821 Hancock Road Suite #2

Bullhead City, AZ 86442

928-763-1945