

# Discrimination ADA/Title VI Complaint Form

<b>Section I:</b>		
Name:		
Address:		
Telephone (Home):	Telephone (Work):	
Electronic Mail Address:		
Accessible Format Requirements?	<input type="checkbox"/> Large Print	<input type="checkbox"/> Audio Tape
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Other
<b>Section II:</b>		
Are you filing this complaint on your own behalf?	<input type="checkbox"/> Yes*	<input type="checkbox"/> No
<i>*If you answered "yes" to this question, go to Section III.</i>		
If not, please supply the name and relationship of the person for whom you are complaining.	-	
Please explain why you have filed for a third p-arty:		
Please confirm that you have obtained the permission of the aggrieved party if you are filing on behalf of a third party.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<b>Section III:</b>		
I believe the discrimination I experienced was based on (check all that apply):		
<input type="checkbox"/> Race	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> National Origin
<input type="checkbox"/> Disability		
Date of Alleged Discrimination (Month, Day, Year): _____		
Explain as clearly as possible what happened and why you believe you were discriminated against. Describe all persons who were involved. Include the name and contact information of the person(s) who discriminated against you (if known) as well as names and contact information of any witnesses. If more space is needed, please use the back of this form.		
_____		
_____		
_____		
<b>Section VI:</b>		

Have you previously filed a Discrimination Complaint with this agency?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
--	------------------------------	-----------------------------

If yes, please provide any reference information regarding your previous complaint.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Section V:**

Have you filed this complaint with any other Federal, State, or local agency, or with any Federal or State court?

Yes       No

If yes, check all that apply:

Federal Agency: \_\_\_\_\_

Federal Court: \_\_\_\_\_  State Agency: \_\_\_\_\_

State Court : \_\_\_\_\_  Local Agency: \_\_\_\_\_

Please provide information about a contact person at the agency/court where the complaint was filed.

Name: \_\_\_\_\_

Title: \_\_\_\_\_

Agency: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_

**Section VI:**

Name of agency complaint is against: \_\_\_\_\_

Name of person complaint is against: \_\_\_\_\_

Title: \_\_\_\_\_

Location: \_\_\_\_\_

Telephone Number (if available): \_\_\_\_\_

You may attach any written materials or other information that you think is relevant to your complaint.

Your signature and date are **required** below:

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**Please submit this form in person at the address below, or mail this form to:**

**NAZCARE, Inc.**

**David Horn, Human Resources**

**8128 E Hwy 69, suite 201, Prescott Valley, AZ 86314**

**928-442-9205 ext. 2001**

**dhorn@nazcare.org**

A copy of this form can be found online at **www.nazcare.org**. If information is needed in another language, contact **928-442-9205 ext. 2001**. \*Para información en Español llame: **928-442-9205 ext. 2001**

## Forma Para Poner una Queja de la Ley de Discriminación

*Nota: La siguiente información se necesita para procesar su queja.*

### Información de la persona que está poniendo la queja:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_

### Persona a la que se discriminó (si es alguien que no es la persona que está poniendo la queja)

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_

### ¿Cuál de las siguientes razones describe por lo que usted siente que se le discriminó?

Raza \_\_\_\_\_ (Especifique) \_\_\_\_\_

Nacionalidad \_\_\_\_\_

Color \_\_\_\_\_ (Especifique) \_\_\_\_\_

Discapacidad \_\_\_\_\_ (Especifique) \_\_\_\_\_

¿En qué fecha(s) sucedió la discriminación? \_\_\_\_\_

¿En dónde sucedió la discriminación? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuál es el nombre y título de la persona(s) que usted siente que cometió la discriminación contra usted (si lo sabe)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describa la presunta discriminación. Explique qué sucedió y quién cree usted que fue responsable (si necesita más espacio, agregue otra hoja).

Escriba una lista con los nombres de las personas que puedan tener conocimiento de la presunta discriminación y cómo contactarlas.

---

---

---

Si ha presentado esta queja con otra agencia federal, estatal o local, o con cualquier corte federal o estatal, marque todas las que apliquen.

Agencia Federal       Corte Federal       Agencia Estatal       Corte Estatal       Agencia Local

Por favor proporcione información de la persona a la que presentó su queja en la agencia/corte.

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_

Por favor firme abajo. Puede incluir cualquier material escrito u otra información que usted crea que es importante para probar su queja.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona que presenta la queja

\_\_\_\_\_  
Fecha

[NAZCARE](#)  
[Greg Billi](#)  
[928-442-9205](#)  
[gbilli@nazcare.org](mailto:gbilli@nazcare.org)

Por favor presione el botón de "Enviar" cuando haya completado esta forma para que lo envíe por correo electrónico a [www.nazcare.org](http://www.nazcare.org)  
Se pueden agregar documentos adicionales a este correo.