

United Community Options of Broward, Palm Beach, and the Mid-Coast Counties

Title VI Complaint Form

Section I:			
Name:			
Address:			
Telephone (Home):		Telephone (Work):	
Electronic Mail Address:			
Accessible Requirements?	Format	Large Print	Audio Tape
		TDD	Other
Section II:			
Are you filing this complaint on your own behalf?		Yes*	No
*If you answered "yes" to this question, go to Section III.			
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 party: _____			
Please confirm that you have obtained the permission of the aggrieved party if you are filing on behalf of a third party.		Yes	No
Section III:			
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"/> Age
<input type="checkbox"/> Disability	<input type="checkbox"/> Family or Religious Status <input type="checkbox"/> Other(explain) _____		
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. _____ _____			
Section IV			
Have you previously filed a Title VI complaint with this agency?		Yes	No

Section V	
Have you filed this complaint with any other Federal, State, or local agency, or with any Federal or State court?	
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
If yes, check all that apply:	
<input type="checkbox"/> Federal Agency: _____	
<input type="checkbox"/> Federal Court _____	<input type="checkbox"/> State Agency _____
<input type="checkbox"/> State Court _____	<input type="checkbox"/> 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:	
Contact person:	
Title:	
Telephone number:	

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

Signature and date required below

Signature Date

Please submit this form in person at the address below, or mail this form to:
 Tamika Lewis, Ph.D.
 Chief Operating Officer
 3117 SW 13th Court
 Fort Lauderdale, FL 33312

United Community Options of Broward, Palm Beach, and the Mid-Coast Counties

Formulario de queja del Título VI

Sección I:			
Nombre:			
Dirección:			
Teléfono (Inicio):		Teléfono (Trabajo):	
Dirección de correo electrónico:			
¿Requisitos de formato accesible?	Impresión grande		Cinta de audio
	TDD		Otro
Sección II:			
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?		Sí*	No
*Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.			
Si no es así, proporcione el nombre y la relación de la persona de la que se queja:			
Por favor, explique por qué ha presentado una pregunta para un tercero:			
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 experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda):			
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen nacional <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Estado familiar o religioso <input type="checkbox"/> Otro (explicar) _____			
Fecha de supuesta discriminación (mes, día, año): _____			
Explique con la mayor claridad posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que lo discriminó (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Si se necesita más espacio, utilice la parte posterior de este formulario.			

Sección IV			
¿Ha presentado previamente una queja de Título VI ante esta agencia?		Sí	No

Sección V	
¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, marque todas las que correspondan:	
<input type="checkbox"/> Agencia Federal: _____	
<input type="checkbox"/> Tribunal Federal _____	<input type="checkbox"/> Agencia Estatal _____
<input type="checkbox"/> Tribunal del Estado _____	<input type="checkbox"/> Agencia Local _____
Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la queja.	
Nombre:	
Título:	
Agencia:	
Dirección:	
Teléfono:	
Sección VI	
El nombre de la queja de la agencia está en contra de:	
Persona de contacto:	
Título:	
Número de teléfono:	

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que crea que es relevante para su queja.

Firma y fecha requeridas a continuación

Firma Fecha

Por favor envíe este formulario en persona en la siguiente dirección, o envíe este formulario a:

Tamika Lewis, Ph.D.

Directora de Operaciones

3117 SW 13th Court

Fort Lauderdale, FL 33312

United Community Options of Broward, Palm Beach, and the Mid-Coast Counties

Title VI Lwa: Plent Kont Diskriminasyon

Seksyon I:			
Non Moun Ki Pote Plent La:		Adrès Moun Ki Pote Plent La:	
Nimewo Telefòn Moun Ki Pote Plent La:			
Non, Adrès, Nimewo telefòn Repezantan Moun Ki Pote Plent la ak Lien (setadi: zanmi, Avoka, Paran..etc):			
Non ak Adrès Ajans, Institisyon, ou Depatman ou Kwè ki fè Diskriminasyon Kont ou:			
Non Mounou Kwè Ki Diskriminen Kont ou (Si-w Konnen yo):			
Rezon Diskriminasyon an	<input type="checkbox"/> Ras ou <input type="checkbox"/> Seks ou: <input type="checkbox"/> Stati Revni-w	<input type="checkbox"/> Koule-w <input type="checkbox"/> Laj ou <input type="checkbox"/> revanj	<input type="checkbox"/> Origin nasyonal <input type="checkbox"/> Andikap/dezabilite <input type="checkbox"/> Lòt ankò:
Dat Diskriminasyon an te fèt:			
Silvoupè, bay non ak nimewo telefòn ninpòt moun ke Depatmant Transpòtasyon Florida kap kontakte pou plis infòmasyon pou sipòte ou klarifye plènt ou (a)/plent ou yo:			
Silvoupè, eksplike klèman kijan, poukisa , ki lè, ak ki kote ou kwè ke diskriminasyon te fèt kont ou. Bay tout infòmasyon konplèt de tout aksyon diskriminasyon sa yo. Ajoute paj anplis si nesèsè:			
Siyati Moun Ki Pote Plent La ou Repezantan Li:			Dat Siyati:

Seksyon II
Eske ou te ranpli plent kont sa deja nan yon lòt ajans Federal, Leta, oswa lokal, oswa nan nenpòt tribinal Federal oswa Leta?
<input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non
Si wi, tcheke tout sa ki aplikab:
<input type="checkbox"/> Ajans Federal: _____
<input type="checkbox"/> Tribinal Federal: _____ <input type="checkbox"/> Ajans Leta _____
<input type="checkbox"/> Tibinal Leta _____ <input type="checkbox"/> Ajans Lokal _____
Tanpri bay kontak enfòmasyon de yon moun nan ajans/tribinal kote plent lan te fèt
Non:
Pozisyon:
Ajans:
Adrès:
Telefòn:
Seksyon VI
Non ajans out e ranpli plent lan kont:
Moun kontakte:
Pozisyon:
Nimewo telefòn:

Ou ka atache nenpòt materyèl ekri oswa lòt enfòmasyon ou panse enpòtan pou plent ou a.

Siyati ak dat dwe anba la

Siyati Moun Ki Pote Plent La ou Reprizantan Li:

Dat Siyati:

Tanpri soumèt fòm sa a an peson nan adrès ki anba a, oswa voye fòm sa a pa lapòs nan adrès sa a:

Tamika Lewis, Ph.D.

Direktè Operasyon Chefe

3117 SW 13th Court

Fort Lauderdale, FL 33312