



FOR YOUTH DEVELOPMENT
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

Valley of the Sun YMCA Title VI Complaint Form

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

Sección I: Información de la persona que está poniendo la queja:		
Nombre:		
Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal:		
Teléfono (Casa):		Teléfono (Trabajo):
Dirección de correo electrónico:		
Accessible Format Requirements?	<input type="checkbox"/> Letra grande	<input type="checkbox"/> Cinta de audio
<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Otro	
Sección II: Persona A La Que Se Discriminó (alguien que no sea la persona que está poniendo la queja)		
Nombre:		
Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal:		
Teléfono (Casa):		Teléfono (Trabajo):
Dirección de correo electrónico:		
Sección III:		
¿Cuál de las siguientes razones describe por lo que usted siente que se le discriminó?		
<input type="checkbox"/> Raza/Color (Especifique) <input type="checkbox"/> Nacionalidad (Especifique) <input type="checkbox"/> Sexo (Especifique)		
¿En qué fecha(s) sucedió la discriminación?		
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.		
Sección IV:		
¿Ha presentado anteriormente una queja de Título VI con esta agencia?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No



FOR YOUTH DEVELOPMENT
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

En caso afirmativo, proporcione cualquier información de referencia sobre su queja anterior.

Sección V:

¿Ha presentado esta queja con otra agencia federal, estatal o local, o con cualquier corte federal o estatal? Marque todas las que apliquen.

Si No

Si es así, marque todo lo que corresponda:

Agencia Federal Corte

Estatal Corte Federal:

State Agency:

Agencia Estatal:

Agencia Local:

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

Nombre:

Title:

Agency:

Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal:

Teléfono(Casa):

Teléfono (Trabajo):

Por favor firme abajo. Puede anexar cualquier material escrito u otra información que usted crea que es relevante sobre su queja.

Firma de la Persona que presenta la queja

Fecha

Someta la forma y cualquier información adicional a:

Valley of the Sun YMCA

Annie Clary, Associate Vice President of HR and Risk

350 N First Avenue

Phoenix, AZ 85003

Para obtener más información, visite www.valleymca.org.