

LifeSpring Health Systems Formulario de Quejas de Discriminación

Sección I:				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono (Casa):			Teléfono (Trabajo):	
Correo Electrónico:				
Requisitos de formato accesible?	Letra Grande		Cinta de audio	
	TTY		Otro	
Sección II:				
¿Está usted presentando esta queja en su propio nombre?		Si*	No	
*Si usted contestó "si" a esta pregunta, pase a la Sección III.				
Si no es así, por favor proporcione el nombre y la relación de la persona por la que usted se queja:				
Por favor, explique por qué se ha declarado en un tercero:				
Por favor, confirma que ha obtenido la autorización de la parte perjudicada si está presentando en nombre de un tercero.			Si	No
Sección III:				
Creo que la discriminación que experimenté fue basada en (marque todo lo que corresponda):				
Title VI: <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional				
Other: <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Bajos Ingresos				
Fecha de la discriminación alegada (Mes, Día, Año): _____				
Explicar lo más claramente posible lo que pasó y por qué cree que fue discriminado. Describir todas las personas que estuvieron involucradas. Incluir el nombre y la información de contacto de persona(s) que lo discriminó (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si se necesita más espacio, por favor use el reverso de esta forma.				

Sección IV				
¿Ha presentado anteriormente una queja de Título VI con esta agencia?		SI	No	
Sección V				
¿Ha presentado esta queja en cualquier otra agencia federal, estatal o local, o con cualquier corte federal o estatal?				

Si No

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

Agencia Federal: _____

Corte Federal _____

Agencia Estatal _____

Corte Estatal _____

Agencia Local _____

Por favor proporcionar información sobre la persona de contacto en la agencia/tribunal donde se present la queja.

Nombre:

Título:

Agencia:

Dirección:

Teléfono:

Sección VI

Nombre de la agencia de la cual la queja ese en contra:

Persona de contacto:

Título:

Teléfono:

Por favor adjunte cualquier matieral excrito o cualquier otra información que usted piensa que es relevante para su queja.

Firma y fecha abajo requieren

Firma

Fecha

Por favor, envíe este formulario en persona en la dirección indicada más abajo, o envíe este formulario a:

Oficial de Cumplimiento de Normas Corporativas
Departamento de Mejora del Rendimiento
460 Spring Street
Jeffersonville, IN 47130