



Formulario de Queja del Título VI

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Inicio Teléfono: (____) _____

Trabaje Teléfono: (____) _____

Fue discriminado debido a:

Race

Origen Nacional

Color

Otros _____

Fecha del Incidente: _____

Explique lo más claramente posible lo que pasó y cómo fue discriminado. Indique quién estuvo involucrado. Asegúrese de los nombres y la información de contacto con cualquier testigo. Si se necesita más espacio por favor, utilice el dorso del formulario. _____

S Formulario de Queja del Título VI

¿Usted ha elevado esta queja con cualquier otro programa federal, estatal o local; o con cualquier tribunal federal o estatal? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, marque lo que corresponda:

_____ Agencia federal _____ Corte federal _____ Agencia estatal _____ Tribunal estatal

_____ Agencia local

Sírvanse proporcionar información acerca de una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado y Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____

Por favor firme abajo. Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que usted piensa que es relevante para su queja.

Firma

Fecha

Para cualquier queja relacionada con la ADA o el Título VI, comuníquese con:
Nykole Murray
nmurray@mhitx.org
888-307-9639

Envíe este formulario por correo electrónico o postal:

Correo electrónico:
nmurray@mhitx.org

Dirección postal:
MHI - Oficina Administrativa
18062 FM 529 #151
Cypress, Texas 77433