



Notificando al Publico de Derechos Bajo Titulo VI

COMMUNITY HEALTH OF SOUTH FLORIDA, INC. (CHI)

- Community Health of South Florida (CHI) opera sus programas y servicios sin considerar raza, color u origen nacional en acuerdo con Titulo VI del Acta de Derechos Civiles. Cualquier persona que crea que ella o el han sido agredidos por alguna practica discriminatoria bajo Titulo VI puede poner una queja con Community Health of South Florida (CHI).
- Para mas informacion del programa de derechos civiles del Community Health of South Florida (CHI) y sus procedimientos para poner una queja, llame al 305-253-5100, (TTY 711) ; o correo electronico a jdreyes@chisouthfl.org o visite nuestras oficinas administrativas en 10300 SW 216th Street, Miami, Florida 33190. Para mas informacion , visite <https://www.chisouthfl.org/>.
 - Si necesita informacion en otro idioma , llame al 305-253-5100.



Community Health of South Florida (CHI)

Formulario de quejas del Título VI

Sección I:			
Nombre:			
Dirección:			
Teléfono (casa):		Teléfono (trabajo):	
Dirección de email:			
¿Requisitos de formato accesible?	Letra grande		Cinta de audio
	Dispositivo de comunicación para sordos (TDD)		Otros
Sección II:			
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?		Sí*	No
*Si respondió "sí" a esta pregunta, pase a la Sección III.			
De lo contrario, indique el nombre y la relación de la persona por la que presenta la queja:			
Explique por qué presentó una queja en nombre de un tercero: _____			
Confirme que tiene permiso de parte del agraviado si presenta la queja 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"/> País de origen	<input type="checkbox"/> Edad
<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Estado familiar o religioso	<input type="checkbox"/> Otro (explique) _____	
Fecha de la supuesta discriminación (Mes, día, año): _____			
Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que lo discriminaron. Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de las personas que lo discriminaron (si los conoce), y los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, use la parte de atrás del formulario. _____ _____			
Sección IV			
¿Presentó antes una queja del Título VI con esta agencia?		Sí	No

Sección V	
¿Presentó esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante un tribunal federal o estatal?	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "sí", marque todas las opciones que correspondan:	
<input type="checkbox"/> Agencia federal: _____	
<input type="checkbox"/> Tribunal federal _____	<input type="checkbox"/> Agencia estatal _____
<input type="checkbox"/> Tribunal estatal _____	<input type="checkbox"/> Agencia local _____
Dé información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la queja.	
Nombre:	
Puesto:	
Agencia:	
Dirección:	
Teléfono:	
Sección VI	
Nombre de la agencia contra la que se presenta la queja:	
Persona de contacto:	
Puesto:	
Número de teléfono:	

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

Firma y fecha requeridas abajo

Firma Fecha

Presente este formulario en persona en la dirección que figura abajo, o envíe este formulario por correo a:
 Carolina Castillo,
 Community Health of South Florida (CHI) Title VI Liaison
 10300 SW 216 Street
 Miami, FL 33190

