



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.



Procedimiento de quejas

Cualquier persona que crea que ha sido discriminada por raza, color o país de origen por Community Health of South Florida Inc. (CHI), puede presentar una queja según el Título VI completando y presentando el Formulario de quejas del Título VI de la agencia (consulte el Apéndice E). Community Health of South Florida Inc. (CHI) investiga las quejas recibidas en no más de 180 días después del presunto incidente. Community Health of South Florida, Inc. (CHI) procesará las quejas que estén completas.

Una vez que se recibe la queja, Community Health of South Florida, Inc. (CHI) la revisará para determinar si nuestra oficina tiene la jurisdicción. El demandante recibirá una carta de acuse de recibo informándolo si nuestra oficina investigará la queja. Community Health of South Florida, Inc. (CHI) tiene noventa (90) días para investigar la queja. Si se necesita más información para resolver el caso, Community Health of South Florida, Inc. (CHI) puede comunicarse con el demandante. El demandante tiene diez (10) días hábiles a partir de la fecha de la carta para enviar al investigador asignado al caso la información que se le pide. Si el demandante no se comunica con el investigador o este no recibe la información solicitada en un plazo de diez (10) días hábiles, Community Health of South Florida Inc. (CHI) puede cerrar administrativamente el caso. Un caso también puede cerrarse administrativamente si el demandante ya no quiere continuar con el caso.

Después de que el investigador revise la queja, enviará una de estas dos cartas al demandante: una carta de cierre o una carta de resultados (LOF). Una carta de cierre resume las acusaciones y declara que no hubo una infracción al Título VI y que el caso se cerrará. Una LOF resume las acusaciones y las entrevistas relacionadas con el presunto incidente, y explica si se tomará alguna medida disciplinaria, se dará más capacitación al miembro del personal u otra acción. Si el demandante quiere apelar la decisión, tiene siete (7) días para hacerlo a partir del momento en que recibe la carta de cierre o la LOF.

El procedimiento de quejas estará disponible en el sitio web público de Community Health of South Florida Inc. (CHI) (<https://www.chisouthfl.org/>).

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

