

## LifeSpring Health Systems Formulario de Quejas de Discriminación

<b>Sección I:</b>				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono (Casa):			Teléfono (Trabajo):	
Correo Electrónico:				
Requisitos de formato accesible?	Letra Grande		Cinta de audio	
	TTY		Otro	
<b>Sección II:</b>				
¿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 porqué 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
<b>Sección III:</b>				
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:				
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.				
_____				
_____				
<b>Sección IV</b>				
¿Ha presentado anteriormente una queja de Título VI con esta agencia?		SI	No	
<b>Sección V</b>				
¿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