

## Forma de denuncia PSW titulo VI-Pagina 1

<b>Sección I:</b>				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono: (Casa):			Teléfono: (Trabajo):	
Dirección de correo electrónico:				
Requisitos de formato	En letra grande		Cinta de Audio	
	TDD		Otros	
<b>Sección II:</b>				
Está usted presentando esta queja para sí mismo?		Si*	No	
*Si usted respondió "Sí" a esta pregunta, ir a la sección III.				
Si no, por favor anotar el nombre y la relación de la persona por quien usted está haciendo la queja:				
Explique por qué razón está usted haciendo la queja por alguien más.				
Por favor confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si usted está representando al agraviado.		Si	No	
<b>Sección III:</b>				
<i>Creo que he experimentado la discriminación basaba en (marque todas las que apliquen):</i>				
<input type="checkbox"/> <b>Raza</b> <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> <b>Color</b></span> <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> <b>Origen Nacional</b></span>				
Fecha de la discriminación: (mm/di/a)_____				
<i>Explicar lo más claramente posible lo que pasó y por qué usted cree que fueron discriminados. Describir a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluir el nombre e información de contacto de la persona que discriminó contra usted (si se conoce), así como nombres y datos de contacto de testigos. Si se necesita más espacio, adjunte hojas adicionales de papel.</i>				
_____				
_____				
_____				
_____				
_____				
_____				

## Forma de denuncia PSW titulo VI-Página 2

<b>Sección IV</b>		
¿Anteriormente ha presentado una queja del título VI con esta agencia?	Si	No
<b>Sección V</b>		
¿Ha presentado esta queja con cualquier otro Federal, estatal o agencia local, o con cualquier Tribunal Federal o estatal?		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, compruebe todas las que apliquen: <input type="checkbox"/> Agencia Federal: _____ <input type="checkbox"/> Tribunal Federal _____ <input type="checkbox"/> La Agencia Estatal de _____ <input type="checkbox"/> Tribunal del estado _____ <input type="checkbox"/> Agencia local _____		
Sírvanse proporcionar información sobre una persona de contacto en la Agencia/corte donde se presentó la queja.		
Nombre:		
Título:		
Agencia:		
Dirección:		
Teléfono:		
<b>Sección VI</b>		
Sección nombre de denuncia de la agencia es contra:		
Persona de contacto:		
Título:		
Número de teléfono:		

Usted puede conectar cualquier material escrito u otra información que crees que es pertinente a su queja.

Firma y fecha especificadas a continuación

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha

**Por favor, envíe este formulario en persona en la siguiente dirección, o envíe por correo este Formulario para:**  
**PSW-Human Resources Department**  
**194 W. Poplar**  
**Porterville, CA 93257**