

Sección I:				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono (Casa):			Teléfono (Trabajo):	
Correo Electrónico/E-mail:				
¿Requiere formato accessible?	Imprenta grande		Audio	
	TDD		Otro	
Sección II:				
¿Esta sometiendo un reclamo personal (no para una tercera persona)?			Si*	No
* Si contestó "sí" a esta pregunta, continúe a la sección III				
Si contestó "no", por favor provea el nombre y su relación con la persona por quien reclama.				
Por favor explique porque usted esta sometiendo un reclamo por otra persona.				
Por favor confirme que usted ha obtenido el permiso de la persona afectada, si usted esta reclamando en representación de esa persona.			Si	No
Sección III:				
Yo entiendo que la discriminación que experimenté fue basada en (seleccione todos los que apliquen):				
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Impedimento <input type="checkbox"/> Familia o Creencia Religiosa <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____				
Fecha de discriminación alegada. (Mes, Dia, Año): _____				
Explica tan claro como puedas que sucedió y porque entiendes que hubo discriminación en tu contra. Describe a todas las personas que estuvieron envueltas. Incluye el nombre y la información de contacto de la persona(s) que discriminaron en tu contra (si conocidos) asi como nombres e información de contacto de cualquier testigo(s). Si requiere de mas espacio favor de escribir al reverso de la hoja.				

Sección IV:				
¿Sometió anteriormente algun reclamo de Título VI con esta agencia?			Si	No

Sección V	
¿Sometió este reclamo con alguna otra agencia Federal, Estatal or Local, o con alguna Corte Federal o Estatal?	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es si, seleccione todas las que apliquen:	
<input type="checkbox"/> Agencia Federal:	_____
<input type="checkbox"/> Corte Federal:	_____ <input type="checkbox"/> Agencia Estatal: _____
<input type="checkbox"/> Corte Estatal:	_____ <input type="checkbox"/> Agencia Local: _____
Por favor provea información sobre una persona de contacto en la agencia/corte en donde el reclamo fue sometido.	
Nombre:	
Título:	
Agencia:	
Dirección:	
Teléfono:	
Sección VI	
Nombre de la agencia a quien se acusa en este reclamo:	
Persona contacto:	
Título:	
Número de Teléfono:	

Puede adjuntar cualquier documento(s) u otra información que considere pertinente a su reclamo.

Firma y fecha requerida:

Firma Fecha

Por favor someta esta forma en persona a la siguiente dirección o envíe por correo a:

LIGHTHOUSE OF BROWARD
650 N. Andrews Avenue
Fort Lauderdale, FL 33311