

## TITLE VI/ADA COMPLAINT FORM

The **ASCENSION COUNCIL ON AGING, INC.'s** Title VI / ADA Complaint Procedure is made available in the following locations:

- Agency website, if available: *[insert website address here]*
- Hard copy in the central office
- Agency Title VI Plan

<b>Section I:</b>				
<b>Name:</b>				
<b>Address:</b>				
<b>Telephone (Home):</b>			<b>Telephone (Work):</b>	
Email Address:				
Accessible Requirements?	Format	Large Print		Audio Tape
		TDD		Other
<b>Section II:</b>				
Are you filing this complaint on your own behalf?			Yes*	No
*If you answered "yes" to this question, go to Section III.				
If not, please supply the name and relationship of the person for whom you are complaining:				
Please explain why you have filed for a third party: _____				
Please confirm that you have obtained the permission of the aggrieved party if you are filing on behalf of a third party.			Yes	No
<b>Section III:</b>				
I believe the discrimination I experienced was based on (check all that apply):				
<input type="checkbox"/> Race <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> National Origin <input type="checkbox"/> Disability				
Date of Alleged Discrimination (Month, Day, Year) _____				
Explain as clearly as possible what happened and why you believe you were discriminated against. Describe all persons who were involved. Include the name and contact information of the person(s) who discriminated against you (if known) as well as names and contact information of any witnesses. If more space is needed, please use the back of this form.				
_____				
_____				
_____				
<b>Section IV</b>				
Have you previously filed a Title VI complaint with this agency?			Yes	No



Formato de Reclamo del Título VI o ADA del ASCENSION COUNCIL ON AGING, INC.

**Sección I:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa/Celular): \_\_\_\_\_

Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Sección II:**

¿Está usted presentando esta queja en su propio nombre: **Sí**  **No**

\* Si usted contestó "sí" a esta pregunta, pase a la Sección III.

Si su respuesta es "no", por favor escribe el nombre y la relación de la persona que está presentando la queja en contra:

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Relación:** \_\_\_\_\_

Si usted está presentando una queja de parte de otra persona, por favor, explica porqué en el siguiente espacio:

¿Se ha obtenido el permiso de la parte perjudicada, si usted está presentando en nombre de un tercero: **Sí**  **No**

**Sección III:**

Creo que la discriminación que experimenté fue basado en (marque todo lo que corresponda):

**Raza**       **Color**       **Origen Nacional**

Fecha de la discriminación alegada (Mes, Día, Año): \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

Explique, lo más claramente posible, lo que sucedió y porqué usted cree que fue discriminado. Describe todas las personas quien estuvieron involucradas. Incluye el nombre y la información de contacto de la persona (s) que discriminó (si se conoce), así como los nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, adjunte hojas adicionales a este formulario:

**Sección IV**

Ha previamente presentado una queja del Título VI con el ASCENSION COUNCIL ON AGING, INC.

Sí  No

### Sección V

¿Ha presentado esta queja con cualquier otro federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal? Sí  No

En caso afirmativo, marque el nombre de todas las que correspondan:

- Agencia Federal: \_\_\_\_\_
- Tribunal Federal: \_\_\_\_\_
- Agencia Estatal: \_\_\_\_\_
- Tribunal Estatal: \_\_\_\_\_
- Agencia local : \_\_\_\_\_

Sírvanse proporcionar información acerca de una persona de contacto en la corte / entidad donde se presentó la queja.

Nombre: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### Sección VI

Nombre de la agencia/compañía de queja es contra: \_\_\_\_\_

Persona de contacto: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor, envíe este formulario en persona en la dirección indicada más abajo:

ASCENSION COUNCIL ON AGING, INC.  
DARLENE SCHEXNAYDER EXECUTIVE DIRECTOR  
101 BOCAGE DRIVE  
P.O. BOX 412  
DONALDSONVILLE, LA 70346