

Section 5: Non-discriminación Complaint Form

Section I:			
Name:			
Address:			
Telephone (Home):		Telephone (Work):	
Email Address:			
Accessible Format Requirements?	Large Print		Audio Tape
	TDD		Other
Section II:			
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
Section III:			
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.			

Section IV			
Have you previously filed a non-discrimination complaint with this agency?		Yes	No
Section V			
Have you filed this complaint with any other Federal, State, or local agency, or with any Federal or State court?			
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
If yes, check all that apply:			
<input type="checkbox"/> Federal Agency: _____			
<input type="checkbox"/> Federal Court _____		<input type="checkbox"/> State Agency _____	
<input type="checkbox"/> State Court _____		<input type="checkbox"/> Local Agency _____	
Please provide information about a contact person at the agency/court where the complaint was filed.			
Name:			
Title:			
Agency:			
Address:			
Telephone:			

Section VI
Name of agency complaint is against:
Contact person:
Title:
Telephone number:

You may attach any written materials or other information that you think is relevant to your complaint.
Signature and date required below

Signature

Date

If information is needed in another language, contact **225-473-3789**.
Please submit this form in person at the address below, or mail this form to:

Ascension Council on Aging, Inc.
Darlene C. Schexnayder, Executive Director
101 Bocage Drive, P.O. Box 412, Donaldsonville, LA 70346

**Procedimiento de Queja Titulo No Discriminacion for
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 personalmente: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
* 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Sección III:	
Creo que la discriminación que experimenté fue basado en (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional <input type="checkbox"/> Discapacidad	
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 involucradas. Incluye el nombre y la información de contacto de la persona (s) que lo 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 discriminación con el Ascension Council on Aging, Inc.? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Sección V	
¿Ha presentado esta queja con cualquier otro federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, marque el nombre de todas las que correspondan:	
<input type="checkbox"/> Agencia Federal: _____	
<input type="checkbox"/> Tribunal Federal: _____	
<input type="checkbox"/> Agencia Estatal: _____	
<input type="checkbox"/> Tribunal Estatal: _____	
<input type="checkbox"/> 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: _____

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.
Firma y fecha requeridas a continuación

Firma

Fecha

Si se necesita información en otro idioma, póngase en contacto con **225-473-3789**.
Envíe este formulario en persona a la dirección que aparece a continuación, o envíe este formulario por correo a:

Ascension Council on Aging, Inc.
Darlene C. Schexnayder, Executive Director
101 Bocage Drive, P.O. Box 412, Donaldsonville, LA 70346