



LIMITED ENGLISH PROFICIENT/ SENSORY IMPAIRED (LEP/SI)
FORMATO PARA QUEJAS POR DISCRIMINACION

Si tiene preguntas acerca del formato, llame a LEP/SI Oficina del Programa al:
404-657-5244

SU NOMBRE	SU APELLIDO	
TELEFONO DE LA CASA ()	OTRO TELEFONO ()	
DIRECCION DE LA CALLE		CIUDAD
ESTADO	CDIGO POSTAL	E-MAIL SI ESTUVIESE DISPONIBLE

Está usted presentado esta queja a nombre de otra persona? ☐ SI ☐ NO

Si así fuera, escriba el nombre de la parte interesada

NOMBRE APELLIDO

Creo que yo,(u otra persona), ha sufrido discriminación con relación a :

☐ Raza/Color/Nacionalidad ☐ Dificultad para oír ☐ Dificultad para ver

Quién cree usted lo ha discriminado (o ha discriminado a otra persona?) Sea específico

PERSONA/AGENCIA/ORGANIZACION

DIRECCION DE LA CALLE		CIUDAD
ESTADO	CODIGO POSTAL	TELEFONO ()

¿Dónde y como tuvo lugar la discriminación?, sea específico

HAGA UNA LISTA DE LA(S) FECHA(S) Y LOCALIZACION(ES). SEA ESPECIFICO

Describa brevemente lo que ocurrió. ¿Por que piensa que usted (u otra persona) han sufrido discriminación? Por favor sea lo suficientemente específico, (adjunte hojas adicionales si fuere necesario)

Por favor firme y escriba la fecha:

FIRMA	FECHA
-------	-------



(La información restante en este formato es para que usted responda si así lo desea. El no responder a las siguientes preguntas, no afectará en lo mas mínimo su queja)

¿Requiere que nos preparemos de manera especial para comunicarnos con usted?, si así fuese, indíquenos cómo.

☐ Braille ☐ Impreso Grande ☐ Cinta de Cassette ☐ Diskette de Computadora ☐ Correo electrónico
☐ TDD

☐ Intérprete de idioma de señas (especifique el idioma):

☐ Intérprete de idioma extranjero (especifique el idioma)::

☐ Otras:

¿Si no pudiéramos comunicarnos con usted directamente, hay alguien en su casa con quien podamos hablar para localizarlo?

NOMBRE		APELLIDO
TELEFONO DE LA CASA ()		OTRO TELEFONO ()
DIRECCION DE LA CALLE		CIUDAD
ESTADO	CODIGO POSTAL	CORREO ELECTRONICO (SI DISPONIBLE)

Por favor rellene a máquina,o imprima su queja en este formato y envíelo a:

**DHS LEP/SI Program
Two Peachtree Street, N.W.
Suite 29-103
Atlanta, Georgia 30303-3142
(404) 657-5244 Fax: (404) 651-5444**