



**SWOPE HEALTH
SERVICESSM**

Formulario de Queja del Título VI

“Ninguna persona en los Estados Unidos, por motivos de raza, color u origen nacional, podrá ser excluida de participar, o ser negada de beneficios, o ser objeto de discriminación de cualquier programa o actividad que reciba asistencia financiera federal”

Si usted siente que ha sido discriminado en cuanto a la prestación de servicios de transporte, por favor proporcione la siguiente información para ayudar a Swope Health Services en la tramitación de su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario o información sobre formatos alternativos, por favor háganoslo saber.

Por favor envíe o regrese este formato a:

**Swope Health Services
Compliance Officer
3801 Blue Parkway
Kansas City, MO 64130**

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

| |
|--|
| 1. Nombre de Persona Presentando la Queja: |
| a. Dirección: |
| b. Ciudad: Estado: Coding Postal: |
| c. Teléfono (incluya código de área): Hogar () o Celular () Empleo: () - () - |
| d. Correo electrónico (e-mail): |
| ¿Prefiere ser contactado a este correo electrónico? () SI () NO |
| 2. ¿Necesita un formato accesible? () SI especifique: () NO |
| 3. ¿Está llenando esta queja para usted? () SI Si SI, pase a la pregunta 7. () NO Si NO, pase a la pregunta 4 |
| 4. Si usted contestó NO a la pregunta 3, por favor escriba su nombre y su dirección. |
| 5. Nombre de la persona llenando esta queja: |
| a. Dirección: |
| b. Ciudad: Estado: Código Postal: |
| e. Teléfono (incluya código de área): Hogar () o Celular () Empleo: () - () - |
| f. Correo electrónico (e-mail): |
| ¿Prefiere ser contactado a este correo electrónico? () SI () NO |
| 6. ¿Cuál es su relación con la persona para la cual usted está llenando este formulario? |
| 7. Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si está presentando en nombre de un tercero. ()SI, si tengo permiso. () NO, no tengo permiso. |
| 8. Yo creo que la discriminación que yo recibí fue en base a (marque todas las que apliquen): () Raza () Color () Origen Nacional (clases protegidas por el Artículo VI) () Otra (por favor especifique) |

Formulario de Queja del Título VI – PAGINA 2

| | | |
|--|-----------------|----------------|
| 9. Fecha de dicha Discriminación (Mes, Día, Año): | | |
| 10. ¿En dónde sucedió dicha discriminación? | | |
| 11. Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas que participaron. Incluya el nombre e información de contacto de la persona que discriminó (si se conoce). Use la parte posterior de este formulario o páginas separadas si necesita espacio adicional. | | |
| 12. Por favor escribe los nombres y números telefónicos o información de contacto de todos los testigos. Use la parte posterior de este formulario o páginas separadas si necesita espacio adicional. | | |
| 13. ¿Qué tipo de acción correctiva sugiere usted se debe tomar? | | |
| 14. ¿Ha hecho alguna queja con cualquier otra agencia Federal, Estatal, o Local o con alguna corte Federal o Estatal? () SI Si es sí, marque todas las que apliquen () NO a. () Agencia Federal (Escriba el nombre de La Agencia) b. () Corte Federal (Por favor escriba la ubicación) c. () Corte Estatal d. () Agencia Estatal (Especifique la Agencia) e. () Corte del Condado (Especifique la Corte y el Condado) f. () Agencia Local (Especifique la Agencia) | | |
| 15. Si escribió SI a la pregunta 14, por favor brinde información sobre alguna persona que podamos contactar en la agencia o corte donde esa queja fue ingresada. | | |
| 16. Nombre: | Título: | |
| Agencia: | Telefono: () - | |
| Dirección: | | |
| Ciudad: | Estado: | Código Postal: |

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que crea ser relevante para su queja.
Se requiere su firma y fecha:

Firma

Fecha

Si usted completó las Preguntas 4, 5 y 6, su firma y la fecha son necesarias:

Firma

Fecha