

Sección IV.

14. ¿Ha presentado usted una queja a Title VI con Friends of Adult Day Health Care anteriormente? Si _____ No _____

Sección V

15. ¿Ha presentado esta queja con alguna otra agencia Federal, Estatal o local ó con alguna corte Federal o Estatal? Sí _____ No _____

Si contestó "sí", marque todo lo que aplica:

Agencia Federal _____ Agencia Estatal _____

Corte Federal _____ Corte Estatal _____

Agencia Local _____

16. Si usted contestó "Sí" a #15, provea información para contactar a una persona de la agencia/corte donde la queja fue presentada.

Nombre:

Puesto:

Agencia:

Domicilio:

Teléfono:

E-mail

Sección VI

Nombre de la persona de Transit que dió el servicio y contra quien se presenta la queja: _____

Teléfono para contactar a la persona contra quien se presenta la queja: _____

Usted puede anexar cualquier material escrito u otra información que usted considere importante para su queja.

Su firma y fecha son requeridas en la parte de abajo para completer su forma:

Firma _____ Fecha _____

Por favor entregue esta forma en persona o por correo en la siguiente dirección:

Title VI Program Administrator
12250 Crosthwaite Circle
Poway, CA 92064