

Beacon Mental Health
TÍTULO VI / FORMULARIO DE QUEJA DE ADA

“Ninguna persona en los Estados Unidos será excluida, por motivos de raza, color u origen nacional, de la participación, se le negarán los beneficios o será objeto de discriminación bajo cualquier programa o actividad que reciba asistencia financiera federal”.

Si cree que ha sido discriminado en la prestación de servicios, proporcione la siguiente información para ayudarnos a procesar su queja. Infórmenos si necesita ayuda para completar este formulario o necesita información en formatos alternativos.

Envíe por correo o devuelva este formulario a:

Compliance Officer
 Beacon Mental Health
 3100 NE 83rd Street, Suite 1001
 Kansas City, MO 64119
 816-468-0400
 Fax: 816-468-6635
complianceofficer@beaconmh.org

ESCRIBIR CON LETRA DE MOLDE

1. Nombre de persona que pone la queja:		
a. Dirección:		
b. Ciudad:	Estado:	Código Postal:
c. Teléfono (incluir código de área): Casa () o Celular ()		Trabajo
() -		() -
d. Dirección de correo electrónico:		
¿Prefiere ser contactado por medio de este correo electrónico? () SÍ () NO		
2. ¿Necesita un Formulario de Formato Accesible? () SÍ especifique: _____ () NO		
3. ¿Está presentando esta queja en su propio nombre? () SÍ Si es así, pase a la pregunta 7. () NO Si no es así, pase a la pregunta 4		
4. Si respondió NO a la pregunta 3 anterior, proporcione su nombre y dirección.		
a. Nombre de la persona que presenta la queja:		
b. Dirección:		
c. Ciudad:	Estado:	Código Postal:
d. Teléfono (incluir código de área): Casa () o Celular ()		Trabajo
() -		() -
e. Dirección de correo electrónico:		
¿Prefiere ser contactado por medio de este correo electrónico? () SÍ () NO		
5. ¿Cuál es su relación con la persona por la cual está presentando la queja?		
6. Confirme que ha obtenido el permiso de la parte perjudicada si está presentando en nombre de un tercero. () SÍ, tengo permiso. () NO, no tengo permiso.		
7. Creo que la discriminación que sufrí fue basada en (marque todo lo que corresponda): () Raza () Color () Origen nacional (categorías protegidas por Título VI) () Discapacidad (categoría protegida por ADA) () Otro (especifique)		

8. Fecha de la presunta discriminación (mes, día, año):		
9. ¿Dónde sucedió la presunta discriminación?		
10. Explique con la mayor claridad posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona o personas que lo discriminaron (si se conoce). <i>Use el reverso de este formulario o páginas separadas si requiere espacio adicional.</i>		
11. Indique los nombres y números de teléfono/información de contacto de todos los testigos. <i>Use el reverso de este formulario o páginas separadas si requiere espacio adicional.</i>		
12. ¿Qué tipo de medidas correctivas le gustaría que se tomaran?		
13. ¿Ha presentado una queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante alguna Corte federal o estatal? () SÍ Si es así, marque todo lo que corresponda. () NO a. () Agencia Federal (Indique el nombre de la agencia): b. () Corte federal (Proporcione 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):		
14. Si respondió SÍ a la pregunta 14 anterior, proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia/corte donde se presentó la queja.		
Nombre:	Puesto:	
Agencia:	Teléfono: () -	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere pertinente a su queja.

Se requiere firma y fecha:

Firma de persona que pone la queja

Fecha

Firme a continuación si está presentando este formulario en nombre de la persona que pone la queja:

Firma

Fecha