



Titulo VI/ ADA FORMA DE QUERELLA

La política de Servicios de Accesibilidad de Emmaus bosqueja el procedimiento para remover barreras a la accesibilidad. Esta Política puede encontrarse en Emmaus Connection o solicitándola a través del Gerente de Servicios al Cliente. Si su querella o preocupación es acerca de la remoción de barreras a la accesibilidad, favor refiérase a esta política y escale sus preocupaciones al Gerente de Servicios al Cliente o al Director de Servicios de Clientes Asociados. Sus derechos y oportunidad de presentar una querella se encuentran también localizados en el [Emmaus Client Handbook](#) de Emmaus.

Si usted considera que ha sido discriminado en la prestación de servicios por parte de Emmaus, favor provea la siguiente información para ayudarnos en el procesamiento de su querella. De usted requerir cualquier asistencia para completar esta forma o de necesitar información en formatos alternativos, favor notificar al Funcionario Corporativo de Cumplimiento en 3731 Mueller Road, St. Charles, Missouri 63301; al 636-534-5215 o través de correo electrónico a corporatecompliance@emmaushomes.org.

Favor enviar por correo o devolver esta forma a:

Funcionario de Cumplimiento Corporativo
Emmaus Homes, Inc.
3731 Mueller Road
St. Charles, MO 63301

FAVOR IMPRIMA

1. Nombre del querellante:
a. Dirección:
b. Ciudad: Estado: Zona Postal:
c. Teléfono(incluya código de área): Casa() o Cel () Trabajo () - () -
d. Dirección de Correo electrónico (e-mail): Prefiere ser contactado a través de este correo electrónico () SI () NO
2. ¿Necesita formato accesible de la forma? () SI Especifique: _____ () NO
3. ¿Está sometiendo esta querella por cuenta propia? () SI Si contesta SI, pase a la pregunta 7 () NO Si contesta NO, pase a la pregunta 4
4. Si contesto NO a la pregunta 3 arriba, favor provea su nombre y dirección. a. Nombre de la Persona Presentando la Querella: b. Dirección: c. Ciudad: Estado: Zona Postal: d. Teléfono(incluya código de área): Casa() o Cel () Trabajo () - () - e. Dirección de Correo electrónico (e-mail): Prefiere ser contactado a través de este correo electrónico () SI () NO
5. ¿Cuál es la relación con la persona para la cual usted presentando esta querella?
6. Por favor confirme que usted ha obtenido permiso de la parte agraviada si usted está presentando en representación de una tercera parte. () SI, tengo permiso () No, no tengo permiso
7. Yo entiendo que la discriminación que sufrí fue basada en (marque todos los que apliquen)



Titulo VI/ ADA FORMA DE QUERELLA

<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional (clases protegidas por el Titulo VI) <input type="checkbox"/> Discapacidad (clases protegidas por ADA) <input type="checkbox"/> Otra (favor especificar)		
8. Fecha de Alegada Discriminación (Mes, Dia, Año)		
9. ¿Donde ocurrió la Alegada Discriminación?		
10. Explique lo más claramente posible que pasó y por qué usted considera que fue discriminado. Describa todas las personas que estuvieron envueltas. Incluya nombre e información de contacto de la(s) persona(s) que discriminaron en su contra (si las conoce). <i>Use la parte posterior de esta forma o páginas separadas si espacio adicional es requerido.</i>		
11. Favor liste los nombres, números de teléfono/ información de contacto de cualquiera y todos los testigos. <i>Use la parte posterior de esta forma o páginas separadas si espacio adicional es requerido.</i>		
12. ¿Cuál tipo de acción correctiva le gustaría que se tomara?		
13. ¿Ha presentado usted una querella con alguna otra agencia Federal, Estatal o local, o con alguna corte Federal o Estatal? <input type="checkbox"/> SI Si contesto SI, marque todas las que apliquen. <input type="checkbox"/> NO a. <input type="checkbox"/> Agencia Federal (Liste el nombre de la agencia) b. <input type="checkbox"/> Corte Federal (Favor provea localización) c. <input type="checkbox"/> Corte Estatal d. <input type="checkbox"/> Agencia Estatal (Especifique Agencia) e. <input type="checkbox"/> Corte de Condado (Especifique Corte y Condado) f. <input type="checkbox"/> Agencia Local (Especifique Agencia)		
14. Si contesto SI a la pregunta 13 arriba, favor provea información sobre persona contacto en la agencia/corte donde la querella fue presentada.		
15. Nombre:	Puesto:	
16. Agencia:	Teléfono: () -	
17. Dirección:		
18. Ciudad:	Estado:	Zona Postal:

Usted puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante a su querella.

Firma y fecha son requeridas:

Firma

Fecha

Si usted completó las preguntas 4, 5 y 6, su firma y fecha son requeridas:

Firma

Fecha