

Cove Behavioral Health, Inc.

Formulario de Quejas del Título VI

Sección I: Favor de escribir en letra redonda para que sea legible				
1. Nombre:				
2. Dirección:				
3. Teléfono (Hogar):			3.a. Teléfono secundario (Opcional):	
4. Correo Electrónico:				
5. ¿Requisitos de formato accesible?	Letra más grande	<input type="checkbox"/>	Audio Casete	<input type="checkbox"/>
	TDD	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
Sección II:				
6. ¿Está entablando esta queja por parte suya?			Sí* <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<i>*Si contestó "Sí" a la pregunta #6, pase a la Sección III.</i>				
7. Si contestó "no" a la pregunta #6, cual es el nombre de la persona para quien esta entablando la queja?			Nombre:	
8. ¿Qué relación tienen con esta persona?:				
9. Por favor indique el motivo por el cual está actuando a nombre de otra persona:				
10. Por favor confirme que tiene el permiso de la parte agraviada para actuar a su nombre.			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sección III:				
11. Pienso que se fui discriminado por motivo de (marcar con un cheque todo lo que corresponde): <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Familia or Religion <input type="checkbox"/> Otro				
12. Fecha de la supuesta discriminación (mes/día/año completo):				
13. Explique detalladamente lo que pasó y por que piensa que fue discriminado. Describa a todas las personas involucradas. Incluya los nombres y datos de contacto de la persona(s) que lo discriminó (si lo sabe), así como los nombres y datos de contacto de cualquier testigo. Si necesita mas espacio para escribir, por favor adjunte hojas de papel adicionales.				

Sección IV		
14. Alguna vez ha entablado una queja del Título IV en las oficinas de Cove Behavioral Health Inc.?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sección V		
15. Ha entablado esta queja ante otra oficina federal, estatal o local, o ante un tribunal federal o estatal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó Sí, indique cuales: <input type="checkbox"/> Agencia Federal _____ <input type="checkbox"/> Agencia Estatal _____ <input type="checkbox"/> Tribunal Federal _____ <input type="checkbox"/> Agencia Local _____ <input type="checkbox"/> Tribunal Estatal _____		
16. Si contestó Sí a la pregunta numero 15, proporcione los datos de contacto para la persona encargada de la agencia/tribunal donde entabló la queja.		
Nombre:		
Cargo:		
Agencia:		
Direccion:		
Teléfono:		Correo Electrónico:
Sección VI		
Nombre de la agencia contra quien se entabla la queja:		
Persona de contacto:		
Cargo:		
Teléfono:		

Puede adjuntar cualquier documento escrito u otra información que piensa que puede ser relevante para la queja.

Firma y Fecha Requerida aquí:

Firma

Fecha

Por favor de entregar en persona o enviar por correo este formulario a la siguiente dirección:

Cove Behavioral Health, Inc.
Paul Comeau, Title VI Liaison
4422 E. Columbus Drive
Tampa, FL 33605