

# Appendix E

## Title VI Complaint Form

**Discrimination Complaint Form  
Hope Healthcare Services**

<b>Section I:</b>			
Name:			
Address:			
Telephone (Home):		Telephone (Work):	
Electronic Mail Address:			
Accessible Format Requirements?	Large Print		Audio Tape
	TDD		Other
<b>Section II:</b>			
Are you filing this complaint on your own behalf?		Yes*	No
*If you answered "yes" to this question, go to Section III.			
If not, please supply the name and relationship of the person for whom you are complaining:			
Please explain why you have filed for a third party:			
Please confirm that you have obtained the permission of the aggrieved party if you are filing on behalf of a third party.		Yes	No
<b>Section III:</b>			
I believe the discrimination I experienced was based on (check all that apply):			
<input type="checkbox"/> Race	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> National Origin	<input type="checkbox"/> Age
<input type="checkbox"/> Disability	<input type="checkbox"/> Family or Religious Status	<input type="checkbox"/> Other (explain) _____	
Date of Alleged Discrimination (Month, Day, Year): _____			
Explain as clearly as possible what happened and why you believe you were discriminated against. Describe all persons who were involved. Include the name and contact information of the person(s) who discriminated against you (if known) as well as names and contact information of any witnesses. If more space is needed, please use the back of this form.			
_____			
_____			
<b>Section IV</b>			
Have you previously filed a Title VI complaint with this agency?		Yes	No

<b>Section V</b>	
Have you filed this complaint with any other Federal, State, or local agency, or with any Federal or State court?	
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
If yes, check all that apply:	
<input type="checkbox"/> Federal Agency: _____	
<input type="checkbox"/> Federal Court _____	<input type="checkbox"/> State Agency _____
<input type="checkbox"/> State Court _____	<input type="checkbox"/> Local Agency _____
Please provide information about a contact person at the agency/court where the complaint was filed.	
<b>Name:</b>	
<b>Title:</b>	
<b>Agency:</b>	
<b>Address:</b>	
<b>Telephone:</b>	
<b>Section VI</b>	
Name of agency complaint is against:	
Contact person:	
Title:	
Telephone number:	

You may attach any written materials or other information that you think is relevant to your complaint.

Signature and date required below

\_\_\_\_\_  
Signature Date

Please mail this form to the address below:

Hope Healthcare Services  
2668 Winkler Ave.  
Fort Myers, FL 33901

or

The Federal Transit Administration  
Office of Civil Rights  
1200 New Jersey Ave., SE  
Washington, D.C. 20530

**Formulario de Quejas de Discriminación  
Hope Healthcare Services**

<b>Sección 1:</b>			
<b>Nombre:</b>			
<b>Dirección</b>			
<b>Teléfono (Casa):</b>		<b>Teléfono (Trabajo):</b>	
<b>Dirección de correo electrónico:</b>			
<b>Requisitos de formato accesible?</b>	ampliación de foto		Cinta de audio
	TDD		Otro
<b>Sección II:</b>			
<b>Está presentando esta queja en su propio nombre?</b>		<b>Si*</b>	<b>No</b>
*Si su respuesta es "si" a esta pregunta, vaya a la Sección III.			
Si su repuesta es "no" a esta pregunta, por favor ponga el nombre y la relación de la persona a la que usted se queja:			
Por favor, explique porqué se ha declarado en un tercero:			
Por favor, confirma que ha obtenido la autorización de la parte perjudicada si está presentando en nombre de un tercero.		<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Sección III:</b>			
Creo que la discriminación que experimenté fue basado en (marque todo lo que corresponda):			
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Origen nacional	<input type="checkbox"/> Años
<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Condición Religiosa o Familiar	<input type="checkbox"/> Otros (explicar) _____	
Fecha de la discriminación alegada (mes, día, año): _____			
Explicar lo más claramente posible lo que pasó y por qué cree que fue discriminado. Describir todas las personas que estuvieron involucradas. Incluir el nombre y la información de contacto de la persona (s) que lo discriminó (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si se necesita más espacio, por favor use el reverso de esta forma.			
_____			
_____			
<b>Sección IV</b>			
<b>Ha presentado previamente una queja del Título VI con esta agencia?</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>

<b>Sección V</b>	
Ha presentado esta queja con cualquier otro federal, estatal o agencia local, o con cualquier tribunal federal o estatal?	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, marque lo que corresponda:	
<input type="checkbox"/> Agencia Federal: _____	
<input type="checkbox"/> Corte Federal: _____	<input type="checkbox"/> Corte Estatal: _____
<input type="checkbox"/> Corte Estatal: _____	<input type="checkbox"/> Agencia Local: _____
Por favor proporcionar información sobre la persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.	
<b>Nombre:</b>	
<b>Título:</b>	
<b>Agencia:</b>	
Dirección:	
Teléfono:	
<b>Sección VI</b>	
Nombre de la agencia cual la queja es en contra:	
Persona de Contacto:	
Título:	
Número de teléfono:	

Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que usted piensa que es relevante para su queja.

Firma y fecha requerida a continuación

\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha

Por favor envíe este formulario a la dirección a continuación:

Hope Healthcare Services  
2668 Winkler Ave.  
Fort Myers, FL 33901

O

Oficina de Derechos Civiles  
Administración de Tránsito Federal  
1200 New Jersey Ave., SE  
Washington, D.C. 20590

**Fòm Pou Pote Plent Pou Diskriminasyon  
Hope Healthcare Services**

<b>Seksyon I:</b>				
<b>Non: ame</b>				
Adrès:				
Telefòn (Lakay):			Telefòn (Travay):	
Elektwonik Adrès Mail:				
Aksè pou Fòm Aksè?	Gwo enprime		odyo kasèt	
	TDD		Lèt	
<b>Seksyon II:</b>				
Èske ou ranpli plent sa a sou non pwòp ou a?			Wi*	Non
* Si ou reponn "wi" nan kesyon sa a, ale nan Seksyon III.				
Si ou pa, tanpri bay non ak relasyon moun nan kote w ap plenyen:				
Tanpri eksplike poukisa ou te ranpli pou yon twazyèm pati:				
Tanpri konfime ke ou te jwenn pèmasyon an nan pati a ki te fè mal si ou ap depoze sou non yon twazyèm pati.			Wi	Non
<b>Seksyon III:</b>				
Mwen kwè ke diskriminasyon mwen te fè eksperyans la te baze sou (tcheke tout sa ki aplike):				
<input type="checkbox"/> Ras	<input type="checkbox"/> Koulè	<input type="checkbox"/> Nasyonal Orijin	<input type="checkbox"/> Ras	
<input type="checkbox"/> Andikap	<input type="checkbox"/> Fermi oswa relijye	<input type="checkbox"/> Lòt (eksplike)		
Dat Diskriminasyon ki te akize (Mya, Jou, Ane): _____				
Eksplike kòm klèman posib sa ki te pose ak poukisa ou kwè ou te fè diskriminasyon kont. Dekri tout moun ki te patisipe. Mete non ak enfòmasyon kontak moun nan (yo) ki fè diskriminasyon kont ou (si li konnen) ak non ak enfòmasyon sou kontak nenpòt time. Si ou bezwen plis espas, tanpri itilize do fòm sa a.				
_____				
_____				
<b>Seksyon IV</b>				
Eske ou te deja depoze yon plent Tit VI avèk ajans sa a?			Wi	Non

<b>Seksyon V</b>	
Eske ou te ranpli plent sa a ak nenpòt lòt ajans federal, leta oswa ajans lokal, oswa avèk nenpòt tribinal Federal oswa Eta? <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non	
Si wi, tcheke tout sa ki aplike:	
<input type="checkbox"/> Federal Ajans _____	
<input type="checkbox"/> Federal Tribinal _____	<input type="checkbox"/> Ajans Leta _____
<input type="checkbox"/> Tribinal Leta a _____	<input type="checkbox"/> Agans lokal _____
Tanpri bay enfòmasyon sou yon moun kontak nan ajans / tribinal kote yo te pote plent lan.	
<b>Non:</b>	
<b>Tit:</b>	
<b>Ajans:</b>	
<b>Adrès:</b>	
<b>Telefòn:</b>	
<b>Sekyon VI</b>	
Non ajans lan pote plent kont:	
Moun pou kontakte:	
<b>Tit:</b>	
<b>Telefòn:</b>	

Ou ka mete nenpòt materyèl ekri oswa lòt enfòmasyon ou panse ki enpòtan pou plent ou an.

Siyati ak dat ki obligatwa anba a.

\_\_\_\_\_  
Siyate Dat

Tanpri soumèt fòm sa a an Epson nan adrès ki pi ba a, oswa poste fòm sa a pou:

Hope Healthcare Services      oswa  
2668 Winkler Ave.  
Fort Myers, FL 33901

The Federal Transit Administration  
Office of Civil Rights  
1200 New Jersey Ave., SE  
Washington, D.C. 20530

## Appendix F