

Appendix C

Title VI Complaint Form

Climb Up Inc.

Section I:				
Name:				
Address:				
Telephone (Home):			Telephone (Work):	
Electronic Mail Address:				
Accessible Format Requirements?	Large Print		Audio Tape	
	TDD		Other	
Section II:				
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
Section III:				
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. _____				

Apéndice C

Título VI Formulario de Reclamación Subir Inc.

Sección I:				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono (Casa):			Teléfono (del trabajo):	
Dirección de correo electrónico:				
Requisitos de Formato accesible?	Impresión de gran volumen		Cinta de audio	
	TDD		Otros	
Sección II:				
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?			Sí *	No
* Si usted contestó "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.				
Si no es así, por favor, proporcione el nombre y la relación de la persona a la que usted se queja:				
Por favor, explique por qué se han presentado para una tercera parte:				
Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte perjudicada si va a presentar en nombre de un tercero.			Sí	No
Sección III:				
Creo que la discriminación que he experimentado fue basado en (marque todas las que correspondan):				
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Origen Nacional Edad				
<input type="checkbox"/> La discapacidad <input type="checkbox"/> Estado familiares o religiosas <input type="checkbox"/> Otros (explicar) _____				
Fecha de presunta discriminación (Mes, Día, Año): _____				
Explicar lo más claramente posible lo que ocurrió y por qué usted cree que son objeto de discriminación. Describir todas las personas que han participado. Incluir el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que discrimina contra usted (si se conoce) así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si se necesita más espacio, utilice la parte de atrás de este formulario.				
