

CENTRO OZARK
Una filial de Freeman Health System

FORMULARIO DE DENUNCIA DE DISCRIMINACIÓN TÍTULO VI/ADA

"Ninguna persona en los Estados Unidos podrá, por motivos de raza, color u origen nacional, ser excluida de la participación en, negársele los beneficios de, o ser objeto de discriminación en virtud de cualquier programa o actividad que reciba asistencia financiera federal."

Si considera que ha sido discriminado en la prestación de servicios de transporte, facilítenos la siguiente información para ayudarnos a tramitar su queja. Si necesita ayuda para rellenar este formulario o información en formatos alternativos, háganoslo saber.

Envíe este formulario por correo o remítalo a:
Director de Riesgos/Mejora de la Calidad
C/O Centro Ozark, C.P. 2526, Joplin, MO 64803
pecahalan@freemanhealth.com o por fax al 417-347-7608

POR FAVOR IMPRIMIR

1. Nombre del demandante:		
a. Dirección:		
b. Ciudad:	Estado:	Código postal:
c. Teléfono (incluya el prefijo):	Casa () o Móvil ()	Trabajo
	() -	() -
d. Dirección de correo electrónico (e-mail):		
¿Prefiere que nos pongamos en contacto con usted a través de esta dirección de correo electrónico? () SÍ () NO		
2. ¿Necesita este formulario en otro formato? () SÍ especifíquelo: () NO		
3. ¿Presenta esta denuncia en su propio nombre? () SÍ En caso afirmativo, pase a la pregunta 7. () No Si no, pase a la pregunta 4		
4. Si ha respondido NO a la pregunta 3, indique su nombre y dirección.		
a. Nombre de la persona que presenta la queja:		
b. Dirección:		
c. Ciudad:	Estado:	Código postal:
d. Teléfono (incluya el prefijo):	Casa () o Móvil ()	Trabajo
	() -	() -
e. Dirección de correo electrónico (e-mail):		
¿Prefiere que nos pongamos en contacto con usted a través de esta dirección de correo electrónico? () SÍ () NO		
5. ¿Cuál es su relación con la persona por la que presenta la queja?		
6. Por favor, 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 se basó en (marque todo lo que corresponda): () Raza () Color () Origen nacional (clases protegidas por el Título VI) () Discapacidad (clase protegida por la ADA) () Otros (especifique)		

Continuado

CENTRO OZARK
Una filial de Freeman Health System

FORMULARIO DE DENUNCIA DE DISCRIMINACIÓN TÍTULO VI/ADA

8. Fecha de la supuesta discriminación (mes, día, año):		
9. ¿Dónde tuvo lugar la supuesta discriminación?		
10. Explique lo más claramente posible lo sucedido y por qué cree que ha sido discriminado. Describa a todas las personas implicadas. Incluya el nombre y los datos de contacto de la persona o personas que le discriminaron (si los conoce). <i>Utilice el reverso de este formulario o páginas separadas si necesita espacio adicional.</i>		
11. Indique los nombres de todos los testigos y sus números de teléfono o información de contacto. <i>Utilice el reverso de este formulario o páginas separadas si necesita espacio adicional.</i>		
12. ¿Qué tipo de medidas correctoras le gustaría que se adoptaran?		
13. ¿Ha presentado alguna queja ante algún otro organismo federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal? () SÍ En caso afirmativo, marque todo lo que proceda. () NO a. () Agencia federal (Indique el nombre de la agencia) b. () Tribunal Federal (Indique la ubicación) c. () Tribunal del Estado d. () Agencia estatal (especifique la agencia) e. () Tribunal del condado (Especifique el tribunal y el condado) f. () Agencia local (especifique la agencia)		
14. Si la respuesta a la pregunta 14 es afirmativa, facilite información sobre una persona de contacto en el organismo/tribunal donde se presentó la denuncia. Nombre: _____ Título: _____		
Agencia: _____		Teléfono: () _____ - _____
Dirección: _____		
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____

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

Se requiere firma y fecha:

Firma

Fecha

Si ha rellenado las preguntas 4, 5 y 6, se requiere su firma y la fecha:

Firma

Fecha

Si necesita información en otro idioma, póngase en contacto con el Director de Riesgos y Mejora de la Calidad en el 417-347-7600, o en pecahalan@freemanhealth.com.