



## Formulario de queja de Colonial Behavioral Health conforme al Título VI

### Sección I

Nombre:

Dirección:

Teléfono (residencial/celular):

Teléfono (trabajo):

Dirección de correo electrónico:

¿Requerimientos de formatos accesibles?  Letra grande  TDD  Audio  Otro

### Sección II

¿Presenta esta queja en nombre propio?  Sí\*  No

\* Si respondió "Sí" a esta pregunta, pase a la Sección III.

En caso contrario, indique el nombre y la relación con la persona por quien presenta la queja.

Explique por qué la presenta en nombre de un tercero.

Confirme que obtuvo el permiso de la parte perjudicada si está presentando la queja en nombre de un tercero.  Sí  No

### Sección III

Considero que la discriminación de la que fui víctima se basó en (marque todo lo que corresponda):

Raza  Color  Origen nacional

Fecha de la presunta discriminación (día, mes, año):

Explique de la manera más clara posible lo sucedido y por qué considera que fue discriminado. Identifique a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que le discriminó(aron) (si la[s] conoce) al igual que el nombre e información de contacto de algún testigo. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario.

**Sección IV**

¿Presentó anteriormente una queja en virtud del Título VI ante esta agencia?  Sí  No

**Sección V**

¿Presentó esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local o ante algún tribunal federal o estatal?

Sí  No

Si la respuesta es "Sí", marque todas las que correspondan:

Agencia federal  Agencia estatal  Agencia local  Tribunal federal  Tribunal estatal

Proporcione información sobre alguna persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la queja.

Nombre:

Cargo:

Agencia:

Dirección:

Teléfono:

**Sección VI**

Nombre de la agencia contra la que se presenta la queja:

Persona de contacto:

Cargo:

Teléfono:

Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otro tipo de información que considere relevante para su queja.

Firma y fecha requeridas a continuación.

Firma

Fecha

Cualquier individuo, grupo de individuos o entidad que crea que ha sido objeto de discriminación por motivos de raza, color u origen nacional puede presentar una queja por escrito ante el Gerente del Título VI de Colonial Behavioral Health. La queja deberá presentarse dentro de los 180 días posteriores al presunto acto de discriminación a:

**Colonial Behavioral Health**  
**C/o: Title VI Manager**  
**1657 Merrimac Trail**  
**Williamsburg, VA 23185**  
or [TitleVI@colonialbh.org](mailto:TitleVI@colonialbh.org).

**Uso exclusivo de oficina**

**Fecha de recepción**

**Recibido por**