

Antes de completar este formulario, por favor lea Space Coast CIL Title VI Complaint Procedures en nuestra página informática en [www.golynx.com](http://www.golynx.com) o visite nuestra oficina. La siguiente información es necesaria y requerida para ayudar a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, por favor contáctenos al (321) 633-6011. Las quejas deben ser recibidas dentro de 180 días de la fecha que la presunta discriminación ocurrió.

### Sección I:

Nombre:

Dirección:

Teléfono (Casa):

Teléfono (Trabajo):

Correo Electrónico:

¿Requiere formato accesible?

Letra Grande

Cinta Audio

TDD

Otro

### Sección II:

¿Está presentando esta queja para usted?

Sí\*

No

\*Si contesto "si" a esta pregunta, siga a la Sección III.

Si no, por favor suministre el nombre y la relación de la persona a quien usted le esta completando esta queja:

Explique por qué esta siendo representado por otra persona:

Por favor confirme que ha obtenido el permiso del reclamante de esta queja.

Sí

No

### Sección III:

Creo que la discriminación que he experimentado se basaba en (marque todas las casillas que apliquen):

Raza  Color  Origen Nacional  Edad  Discapacidad  Familia  Religión

Fecha de la Supuesta Discriminación (Mes, Día, Año):

Explique detalladamente lo que pasó y por qué usted cree que fue discriminado(a). Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y datos de contacto sobre la persona que discriminó (si lo conoce) así como nombres y datos de contacto de testigos. Por favor incluya cualquier otra información que podría ayudarnos en nuestra investigación de esta queja. Por favor suministre cualquier documentación relevante a esta queja.

---

---

**Sección IV**

¿Ha presentado esta queja con cualquier otra agencia Federal, estatal, local, o con cualquier Tribunal Federal o estatal?

Sí                       No

En caso afirmativo, marque todos los que se aplican.

Agencia Federal

Corte Federal

Corte Estatal

Agencia  
Estatal

Agencia  
Local

Sírvanse proporcionar información sobre la persona de contacto en la Agencia/corte donde se presentó la queja.

Nombre:

Título:

Agencia:

Dirección:

Teléfono:

**Sección VI**

Nombre de la agencia la cual esta denunciando esta queja:

Nombre:

Título:

Teléfono:

Usted puede incluir cualquier material escrito u otra información que sea pertinente a su queja.

Firma y fecha requerida abajo.

---

Firma

---

Fecha

Por favor, entregue este formulario en persona a la dirección indicada abajo, o envíe por correo este formulario a:

Space Coast CIL  
Rosemary Miles, Executive Director  
571 Haverty Court,  
Suite W  
Rockledge, FL  
32955