

**Notificar al público de los derechos bajo el título VI
LifeLong Medical Care**

LifeLong Medical Care opera sus programas y servicios sin respecto a raza, color y origen nacional con arreglo al título VI de la Civil Ley de derechos. Cualquier persona que cree que él o ella ha sido agraviado por cualquier práctica discriminatoria ilegal bajo el título VI puede presentar una queja con LifeLong Medical Care.

Para obtener más información sobre el programa derechos civiles capaz de industrias y el procedimientos para presentar una queja, llame al (510) 981-4100, o visite nuestra oficina administrativa en 2344 Sixth Street, Berkeley, CA 94710. Para más información información, visite www.lifelongmedical.org.

Un demandante puede presentar una queja directamente con el Federal Transit Administration por archivar una queja con la Office of Civil Rights, Attention: Title VI Program Coordinator, East Building, 5th Floor-TCR, 1200 New Jersey Ave., SE, Washington, DC 20590

Si se necesita información en otro idioma, contacte al (510) 981-4100.

Titulo VI Procedimiento de Queja

Como un receptor de dólares federales, LifeLong Medical Care tiene que cumplir con lo dispuesto en el Título VI de la ley de los derechos civiles de 1964 y asegúrese de que los servicios y los beneficios se proporcionen sobre una base no discriminatoria. LifeLong Medical Care ha puesto en marcha un procedimiento de queja Título VI, que emboza un proceso de disposición local de quejas del Título VI y es consistente con las pautas de Administración Federal de Transito Circular 4702.1B, de Octubre 1, 2012.

Cualquier persona que cree que ha sido objeto de discriminación por motivos de raza, color, u origen nacional por LifeLong Medical Care puede presentar al Título VI su denuncia. LifeLong Medical Care investiga las quejas no mas de 180 días después del incidente. LifeLong Medical Care solo tramitara las quejas que están completas.

En un periodo de 10 días de haber recibido la demanda, LifeLong Medical Care la revisara para determinar si nuestra oficina tiene la jurisdicción. El autor de la queja, recibirá un acuse de recibo informándole al denunciante que será notificado por escrito si el caso de él/ella el será investigado por nuestra oficina. LifeLong Medical Care tiene 30 días para investigar la queja.

Si necesita mas información para resolver el caso, LifeLong Medical Care puede contactar al autor de la queja. El autor de la queja tiene 10 días de la fecha que recibió la carta para solicitar un investigador que sea asignado al caso.

El caso se puede cerrar también si el autor de la queja no desea proseguir con el caso. Después de que el investigador analice la queja, el / ella emitirá una de las dos cartas a la denunciante.

FORMA DE QUEJA

Seccion I: <i>Escribir en forma legible</i>		
1. Nombre:		
2. Direccion:		
3. Telefono:		3.a. Telefono secundario(<i>opcional</i>):
4. Direccion de correo electronico:		
5. Reuistos de forma accesible?	<input type="checkbox"/> Impresion grande	<input type="checkbox"/> Cinta de audio
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Otros
Seccion II:		
6. Esta presentando esta queja en su propio nombre?	Si	No
*Si usted contesto "Si" to #6, vaya a la Seccion III.		
7. If you answered "no" to #6, what is the name of the person for whom you are filing this complaint? Name:		
8. Cual es su relacion con este individuo:		
9. Por favor, explique por que han presentado para una tercera parte:		
10. Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada en el archivo en su nombre.	Si	No
Seccion III:		
11. Creo que la discriminacion que he experimentado fue basado en (<i>marqu todas las que correspondan</i>):		
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Origin nacional
12. Fecha de supuesta discriminacion: (<i>mm/dd/aaaa</i>)		
13. Explica lo mas claramente posible lo que ocurrio y por que usted cree que son objeto discriminacion. Describir todas las personas que han participado. Incluir el nombre y la informacion de contacto de la(s) persona(s) que discrimina contra usted (si se conoce), asi como los nombres y la informacion de contacto de los testigos. Si se necesita mas espacio, por favor adjunte hojas adicionales de papel.		

Seccion IV:		
14. 14. Anteriormente ha presentado un Titulo VI denuncia con la LifeLong Medical Care .	Si	No
Seccion V:		
15. Ha presentado esta queja con cualquier otro local, estado o federal, o con cualquier Federal o Estado?		
[] Si* [] No si la respuesta es si		
Marque todo lo que aplica		
[] Agencia Federal _____	[] Agencia Estatal _____	
[] Federal Tribunal _____	[] Agencia Local _____	
[] Tribunal Estatal _____		
16. Si usted contesto "si" a la posicion #15, proporcionan informacion acerca de una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presento la denuncia.		
Nombre:		
Titulo:		
Organismo:		
Direccion:		
Telefono:		Correo electronico:
Seccion VI:		
Nombre de organismo Transito denuncia es contra:		
Persona de contacto:		
Telefono:		