



Tennessee Department of Mental Health and Substance Abuse Services
 6th Floor, Andrew Jackson Building
 500 Deaderick Street
 Nashville, TN 37243

Queja sobre Trato Injusto relacionado al Título VI

Las leyes Federales indican que aquellos beneficiarios de asistencia financiera Federal, incluyendo a departamentos del estado y a entidades a través de las cuales los departamentos del estado distribuyen asistencia financiera, no deben discriminar en base a raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, creencias, o discapacidad.

Si le parece que Ud. ha sido tratado injustamente debido a cualquiera de estas razones, Ud. tiene el derecho a presentar una queja formal. Complete la siguiente información para que su queja pueda ser procesada:

1. ¿Presenta esta queja para usted mismo? Sí No

De ser "Sí", continúe con la pregunta número 2.

De ser "no", díganos su nombre: _____

Proporciónenos un número de teléfono en dónde podamos contactarle

(_____) _____

2. ¿Cuál es el nombre de la persona que le parece fue tratada injustamente?

Nombre de la Persona que fue tratada injustamente			Fecha de Nacimiento		
_____			____/____/____		
Apellido	Inicial (segundo nombre)	Nombre	Mes	Día	
_____			Año		
Dirección de correo completa:					

Número y Nombre de calle, Ruta rural, número de apartamento, Número de Lote, Buzón de Correo Postal, etc.					
Ciudad:		Estado:	Código Postal:	Teléfono por el día ()	
_____		_____	_____	Teléfono por la noche()	

3. ¿Quién cree Ud. que trató injustamente a esta persona?

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, y Código Postal _____

Número de Teléfono (____) _____ - o - (____) _____

4. Proporcionémos información sobre el trato injusto

Marque el recuadro o los recuadros que Ud. cree fueron la razón del trato injusto.

Raza Color Lugar de nacimiento Lenguaje Sexo
Religión Creencias Edad Discapacidad

¿En qué fecha tuvo lugar el trato injusto? _____

¿Piensa Ud. que esto ha sucedido otras veces? Sí No De ser "Sí", ¿cuántas veces más? _____

¿Se ha quejado Ud. antes sobre este problema e intentado detenerlo? Sí No

De ser "Sí", ¿Con quién ha hablado sobre esto? Nombre: _____

¿Cuándo habló sobre ello? _____

¿Ha presentado Ud. esta queja ante otra agencia federal, estatal, o local? Sí No

¿Ha presentado Ud. esta queja ante algún tribunal federal o estatal? Sí No

De ser "Sí", marque todo lo que corresponda. Agencia Federal Tribunal Federal
Agencia Estatal Tribunal Estatal Agencia Local

De ser "Sí", díganos el nombre del contacto en la agencia/tribunal dónde Ud. presentó la queja.

Nombre _____

Nombre de la Agencia/Tribunal _____

Dirección _____

Ciudad, Estado y Código Postal _____

Número de Teléfono (____) _____

5. En sus propias palabras, díganos lo que sucedió. Ud. puede adjuntar más páginas si las necesita.

Por favor firme a continuación. Adjunte cualquier otra información que crea pueda ser útil.

Firme aquí. X _____ Fecha: _____

Si Ud. llenó esta página para otra persona, firme aquí. X _____

[Nota: si Ud. ayudó a otra persona a presentar esta queja, Ud. no tiene que firmar.]

En letra de imprenta, escriba su nombre: _____ Fecha: _____

Envíe estas páginas por correo a:

Att: Director of Civil Rights Compliance
 Tennessee Department Mental Health and Substance Abuse Services
 6th Floor, Andrew Jackson Building
 500 Deaderick Street
 Nashville, TN 37243

Si tiene preguntas, por favor llame y solicite ayuda al 615-532-6510.

Para obtener ayuda en otro idioma, llame a uno de estos números:

Idioma	Número Gratuito	Número en Nashville
Árabe	1-877-652-3046	615-313-9840
Bosnio	1-877-652-3069	615-313-9382
Kurdo-Badinani	1-877-652-3046	615-313-9840
Kurdo-Sorani	1-877-652-3046	615-313-9840
Español	1-800-254-7568	615-227-7568

El TDMHSAS no respalda el trato injusto basado en raza, color, lenguaje, sexo, religión, creencias, discapacidad o edad.

