

# CONNECTED LIVING COMPLAINT FORM

## Section I:

Name:

Address:

Telephone (Home):

Telephone (Work):

Electronic Mail Address:

Accessible Format

Requirements? (Circle one below)

Large Print

Audio Tape

TDD

Other

## Section II:

Are you filing this complaint on your own behalf?

Yes\*

No

*\*If you answered "yes" to this question, go to Section III.*

If not, please supply the name and relationship of the person for whom you are complaining:

Please explain why you have filed for a third party:

If you are filing on behalf of a third party, please confirm that you have obtained the permission of the aggrieved party.

Yes

No

## Section III:

I believe the discrimination I experienced was based on (check all that apply):

Race  Color  National Origin

Date of Alleged Discrimination (Month, Day, Year): \_\_\_\_\_

Explain as clearly as possible what happened and why you believe you were discriminated against. Describe all persons who were involved. Include the name and contact information of the person(s) who discriminated against you (if known) as well as names and contact information. Please use additional paper and attach if needed:

# FORMULARIO DE QUEJA DE CONNECTED LIVING

## Sección I:

Nombre:

Dirección:

Teléfono (casa):

Teléfono (trabajo):

Dirección de correo electrónico:

¿Requisitos de formato accesible? (Rodee con un círculo uno de los siguientes)

Letras grandes

Cinta de Audio

TDD (dispositivo para sordos)

Otro

## Sección II:

¿Está presentando esta queja en su nombre?

Sí\*

No

*\* Si ha respondido "Sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.*

Si no es así, por favor proporcione el nombre y la relación con la persona por la que presenta la queja:

Explique por qué ha presentado una queja por un tercero:

Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si presenta la queja en nombre de un tercero.

Sí

No

## Sección III:

Creo que la discriminación que he sufrido se basa en (marque todos los aplicables):

Raza  Color  Origen nacional

Fecha de la supuesta discriminación (mes, día, año): \_\_\_\_

Explique lo más claramente posible qué pasó y por qué cree usted que fue discriminado. Describa todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona o personas que le discriminaron (si las conoce), así como sus nombres y datos de contacto. Por favor, utilice papel adicional y anexos si es necesario: