

Pacific Autism Center for Education

TITLE VI COMPLAINT FORM

SECTION I:

1. NAME:

2. ADDRESS:

3. TELEPHONE

3. A. SECONDARY PHONE:

4. EMAIL ADDRESS:

5. ACCESSIBLE FORMAT REQUIREMENTS?

SECTION II:

6. ARE YOU FILING THIS COMPLAINT ON YOUR OWN BEHALF

YES*

No

* IF YOU ANSWERED "YES", GO TO SECTION III

7. IF YOU ANSWERED "NO" TO #6, WHAT IS THE NAME OF THE PERSON FOR WHOM YOU ARE FILING THIS COMPLAINT?

NAME:

8. WHAT IS YOUR RELATIONSHIP WITH THIS INDIVIDUAL:

9. PLEASE EXPLAIN WHY YOU HAVE FILED FOR A THIRD PARTY:

10. PLEASE CONFIRM THAT YOU HAVE OBTAINED PERMISSION OF THE AGGRIEVED PARTY TO FILE ON THEIR BEHALF

YES

No

SECTION III

11. I BELIEVE THE DISCRIMINATION I EXPERIENCED WAS BASED ON *(Check all that apply)*:

RACE

COLOR

NATIONAL ORIGIN

12. DATE OF ALLEGED DISCRIMINATION

13. 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 of any witnesses. If more space is needed, please attach additional sheets of paper.

TITLE VI COMPLAINT FORM

SECTION IV

14. Have you previously filed a Title VI complaint with PACE?	YES	NO
---	-----	----

SECTION V

15. Have you filed this complaint with any other Federal, State, or local agency, or with any Federal or State court?
 Yes* No

If yes, check all that apply:

<input type="checkbox"/> _____	Federal	Agency _____
<input type="checkbox"/> _____	State	Agency _____
<input type="checkbox"/> _____	Local	Agency _____
<input type="checkbox"/> _____	Federal	Court _____
<input type="checkbox"/> State Court	_____	_____

16. If you answered “yes” to #15, provide information about a contact person at the agency/court where the complaint was filed.

NAME: _____

TITLE: _____

AGENCY: _____

ADDRESS: _____

TELEPHONE: _____

EMAIL: _____

SECTION VI

NAME OF TRANSIT AGENCY COMPLAINT IS AGAINST: _____

CONTACT PERSON: _____

TELEPHONE: _____

You may attach any written materials or other information that you think is relevant to your complaint.

Signature and date are required below to complete the form:

Signature: _____

Date: _____

Please submit this form in person or mail this form to:
Pacific Autism Center for Education(PACE)
Title VI Coordinator
1880 Pruneridge Ave., Santa Clara, CA 95050

Pacific Autism Center for Education

TITLE VI COMPLAINT FORM

Sección I:

1. Nombre :

2. Dirección:

3. Teléfono:

3.A. Teléfono Secundario:

4. Dirección de correo electrónico:

5. ¿ Exigencias de Formato Accesibles?

Sección II:

6. ¿ Son su clasificación de esta queja ante su p

ropio?

Sí

NO

* Si usted contesto "Sí" a *6, vaya a la Sección III.

7. ¿ Si usted contesto "No" a *6, cuál es el nombre de la persona para quien usted presenta esta demanda?

Nombre :

8.Cuál es su relación con este individual:

9. Por favor explique por qué usted ha archivado para un tercero:

10. Por favor confirme que usted ha obtenido el del

permiso

Sí

NO

partido apenado al archive de su parte.

Sección III

11. Creo discriminación que experimenté estaba basadp en (*Compruebe todo lo que se aplica*):

() RAZA

() COLOR

() ORIGEN NACIONAL

12. Fecha de discriminación presunta:

13. Explicar tan claramente como posible lo que pasó por qué usted cree que usted fueron discriminados contra. Describa a todas las personas que estuvieron implicadas. Incluya el nombre y póngase en contacto con la información de la persona(s) que discrimino contra a usted (de ser conocido), así como nombres y su información de contacto de cualquier testigo. Si más espacio es necesario, por favor use el dorso de esta forma.

