HELP ON THE WAY, INC.

TITLE VI COMPLAINT FORM

If you believe you have been discriminated against on the basis of race, color, or national origin by Help On The Way, Inc., you may file a Title VI complaint by completing and submitting this form. You may also submit a written statement describing the discrimination. Complaints must be filed within 180 days of the alleged discrimination.

SECTION 1: COMPLAINANT INFORMATION

Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Telephone: (Home) _____ (Work) _____

Email Address: _____

Accessible Format Requirements? ☐ Large Print ☐ Audio ☐ Other: _____

SECTION 2: PERSON DISCRIMINATED AGAINST (if other than complainant)

Name: _____

Address: _____

Telephone: _____

SECTION 3: BASIS OF DISCRIMINATION

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

☐ Race

☐ Color

☐ National Origin

SECTION 4: DATE AND LOCATION OF ALLEGED DISCRIMINATION

Date of Alleged Discrimination: _____

Location: _____

SECTION 5: DESCRIPTION OF DISCRIMINATION

Please describe the alleged discrimination. Explain what happened, who was involved, and how you believe you were discriminated against. Include any relevant details and attach additional pages if needed.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

HELP ON THE WAY, INC.

SECTION 6: WITNESSES

Witness Name: _____

Contact Information: _____

Witness Name: _____

Contact Information: _____

SECTION 7: RESOLUTION SOUGHT

What would you like Help On The Way to do to resolve this complaint?

_____

_____

_____

SECTION 8: SIGNATURE

I certify that to the best of my knowledge, the information provided is true and accurate.

Signature: _____ Date: _____

Please submit this form to:

Title VI Coordinator:
Theiborh Almanzar
Help On The Way, Inc.
1344 Southern Boulevard
Bronx, New York 10459
Phone: (718) 484-7810
Email: complaint@hotwny.org
Online Form: Available at www.hotwny.org

HELP ON THE WAY, INC.

FORMULARIO DE QUEJA DEL TÍTULO VI

Si cree que ha sido discriminado por motivos de raza, color u origen nacional por Help On The Way, Inc., puede presentar una queja del Título VI completando y enviando este formulario. También puede enviar una declaración por escrito describiendo la discriminación. Las quejas deben presentarse dentro de los 180 días de la supuesta discriminación.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL QUERELLANTE

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____

Correo Electrónico: _____

¿Requiere Formato Accesible? ☐ Letra Grande ☐ Audio ☐ Otro: _____

SECCIÓN 2: PERSONA DISCRIMINADA (si es diferente del querellante)

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

SECCIÓN 3: BASE DE LA DISCRIMINACIÓN

Creo que la discriminación se basó en (marque todas las que correspondan):

☐ Raza

☐ Color

☐ Origen Nacional

SECCIÓN 4: FECHA Y LUGAR DE LA SUPUESTA DISCRIMINACIÓN

Fecha de la Supuesta Discriminación: _____

Lugar: _____

SECCIÓN 5: DESCRIPCIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN

Por favor describa la supuesta discriminación. Explique qué sucedió, quién estuvo involucrado y cómo cree que fue discriminado. Incluya cualquier detalle relevante y adjunte páginas adicionales si es necesario.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

HELP ON THE WAY, INC.

SECCIÓN 6: TESTIGOS

Nombre del Testigo: _____

Información de Contacto: _____

Nombre del Testigo: _____

Información de Contacto: _____

SECCIÓN 7: RESOLUCIÓN SOLICITADA

¿Qué le gustaría que Help On The Way hiciera para resolver esta queja?

_____

_____

_____

SECCIÓN 8: FIRMA

Certifico que, según mi leal saber y entender, la información proporcionada es verdadera y precisa.

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor envíe este formulario a:

Coordinador del Título VI:
Theiborh Almanzar

Help On The Way, Inc.

1344 Southern Boulevard

Bronx, New York 10459

Teléfono: (718) 484-7810

Correo Electrónico: complaint@hotwny.org

Formulario en Línea: Disponible en www.hotwny.org