



PermiaCare Title VI Complaint Form

Title VI of the Civil Rights Act provides that no person shall, on the grounds of race, color, or national origin, be excluded from participation in, be denied the benefits of, or be subjected to discrimination under any PermiaCare program or activity that receives federal funding.

If you have a complaint under Title VI, complete this form and submit it to PermiaCare, Attention: Compliance Officer, 401 E. Illinois, Suite 301, Midland, Texas, 79701.

Si se necesita información en otro idioma, llame al 1-800-555-1212.

I. COMPLAINANT INFORMATION

Name	
Address	
City – State – Zip Code	
Telephone	Email Address
Accessible Format Requirements? <input type="checkbox"/> Large Print <input type="checkbox"/> TDD <input type="checkbox"/> Audio Tape <input type="checkbox"/> Other	

II. PRIMARY/THIRD PARTY INFORMATION

<p>Are you filing this complaint on your own behalf?</p> <p><input type="checkbox"/> YES > If you answered “YES” to the question, go to Section III.</p> <p><input type="checkbox"/> NO > If you answered “NO” to the question, answer the following questions:</p>
<p>a. Please supply the name and relationship of the person for whom you are complaining?</p>
<p>b. Please explain why you have filed for a third party?</p>
<p>c. Please confirm that you have obtained the permission of the aggrieved party if you are filing on behalf of a third party <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p>

III. COMPLAINT BASIS

I believe the discrimination I experienced was based on (check all that apply): <input type="checkbox"/> Race <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> 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 of any witnesses. If more space is needed, please use the back side of this form or a separate sheet of paper.

IV. COMPLAINT FILING CONTACTS

Have you previously filed a Title VI complaint with PBCC? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Have you filed this complaint with any other federal, state or local agency or with any federal or state court? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> 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
Please provide information for a contact person at the agency/court where the complaint was filed.
Name:
Title:
Agency:
Address:
City – State – Zip Code
Telephone:

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

Complainant's Signature

Date



PermiaCare

Formulario de Denuncia del Título VI

El Título VI del Acta de Derechos Civiles prevé que ninguna persona, por motivos de raza, color u origen nacional, podrá ser excluida de participar, denegada de sus beneficios, o ser sujeta a discriminación bajo ningún programa o actividad de PermiaCare que reciba fondos federales.

Si tiene una denuncia de trasgresión del Título VI, complete este formulario y envíelo a PermiaCare, Atención: Oficial de cumplimiento, 401 E. Illinois, Suite 301, Midland, Texas, 79701.

Si se necesita información en otro idioma, llame al 1-800-555-1212.

Nombre INFORMACIÓN DEL DENUNCIANTE	
Dirección	
Ciudad-Estado-Código Postal	
Teléfono	E-mail
¿Requerimientos de Formato Accesible? <input type="checkbox"/> Letras Grandes <input type="checkbox"/> Dispositivos de Telecomunicaciones para personas sordas <input type="checkbox"/> Cinta de Audio <input type="checkbox"/> Otro	

VI. INFORMACIÓN SOBRE LA PRINCIPAL/TERCERA PARTE INVOLUCRADA

¿Está llenando esta denuncia en su propia representación <input type="checkbox"/> Sí > si responde "Sí", vaya a la Sección III. <input type="checkbox"/> No > si responde "NO" a la pregunta, respond a las siguientes preguntas:
d. Por favor indique el nombre y su relación con la persona para la cual está llenando esta denuncia.
e. Por favor explique por qué presenta la denuncia de un tercero.
f. Por favor confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada, si está presentando la denuncia en representación de un tercero <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

VII. BASES DE LA DENUNCIA

Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todas las que apliquen): [] Raza [] Color [] Origen Nacional
Fecha de la Discriminación Alegada (Mes, Día, Año)
Explique lo más claramente posible lo sucedido y por qué piensa que ha sido victim de discriminación. Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre e information de contacto de la(s) persona(s) que lo discriminaron (si tene esos datos) así como los nombre e información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, por favor utilice la parte de atrás de este formulario o una hoja aparte.

VIII. CONTATOS ANTERIORES DEL DENUNCIANTE

¿Alguna vez había presentado una denuncia por trasgresión del Título VI a PBCC antes? [] Sí [] No
¿Ha presentado esta denuncia a otra agencia federal, estatal o local o ante alguna corte federal o estatal? [] Sí [] No Si Sí, por favor marque todas las opciones que apliquen: [] Agencia Federal [] Agencia Estatal [] Agencia Local [] Corte Federal [] Corte Estatal
Por favor brined información sobre una persona de contacto en la agencia o corte en la que hizo la denuncia.
Nombre:
Título:
Agencia:
Dirección:
Ciudad – Estado – Código Postal
Teléfono:

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere releante a su denuncia.

Firma del Denunciante

Fecha