

Notify the Public of Rights Under Title VI

## **Concept Health Systems**

### **Complaint Procedures**

Concept Health Systems operates its programs and services without regard to race, color, and national origin in accordance with Title VI of the Civil Rights Act. Any person who believes she or he has been aggrieved by any unlawful discriminatory practice under Title VI may file a complaint with Concept Health Systems.

For more information on Concept Health Systems civil rights program, and the procedures to file a complaint, contact 305-751-6501, email [DSalomon@concepthouse.com](mailto:DSalomon@concepthouse.com); or visit our administrative office at 4850 NE 2nd Avenue, Miami, FL 33137. For more information, visit [www.concepthouse.org](http://www.concepthouse.org).

If Information is needed in another language, contact 305-751-6501.

#### **4.1 Complaint Procedure**

Any person who believes he or she has been discriminated against on the basis of race, color or national origin by Concept Health Systems may file a Title VI complaint by completing and submitting the agency's Title VI Complaint Form (refer to Appendix E). Concept Health Systems investigates complaints received no more than 180 days after the alleged incident. Concept Health Systems will process complaints that are complete.

Once the complaint is received, Concept Health Systems will review it to determine if our office has jurisdiction. The complainant will receive an acknowledgement letter informing him/her whether the complaint will be investigated by our office.

Concept Health Systems has ninety (90) days to investigate the complaint. If more information is needed to resolve the case, Concept Health Systems may contact the complainant. The complainant has ten (10) business days from the date of the letter to send the requested information to the investigator assigned to the case. If the investigator is not contacted by the complainant or does not receive the additional information within ten (10) business days, Concept Health Systems can administratively close the case. A case can also be administratively closed if the complainant no longer wishes to pursue their case.

After the investigator reviews the complaint, she/he will issue one of two letters to the complainant: a closure letter or a letter of finding (LOF). A closure letter summarizes the allegations and states that there was not a Title VI violation and that the case will be closed. A LOF summarizes the allegations and the interviews regarding the alleged incident, and explains whether any disciplinary action, additional training of the staff member or other action will occur. If the complainant wishes to appeal against the decision, she/he has seven (7) days to do so from the time he/she receives the closure letter or the LOF.

## **Concept Health Systems**

### **Procedimiento Para Quejas**

Concept Health Systems opera sus programas y servicios sin consideración de raza, color y origen nacional de acuerdo con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles. Cualquier persona que crea que ha sido agraviada por cualquier práctica discriminatoria ilegal bajo el Título VI puede presentar una queja con Concept Health Systems.

Para mayor información sobre el programa de Derechos Civiles de Concept Health Systems y de los procedimientos para presentar una queja llamar al 305-7516501, o puedes enviar un email a [DSalamon@concepthouse.org](mailto:DSalamon@concepthouse.org) nuestras oficinas corporativas en 4850 NE 2nd Avenue, Miami FL 33137.

Para mayor información nuestra página web: [www.concepthouse.org](http://www.concepthouse.org).  
Si se necesita información en otro idioma 305-751-6501.

#### **4.1 Complaint Procedure – Spanish**

Cualquier persona que crea haber sido discriminada por motivos de raza, color u origen o nacion por Concept Health Systems puede presentar una queja bajo el Título VI completando y enviando el Formulario de Queja del Título VI de la agencia (consulte el Apéndice E). Concept Health Systems investigará las quejas recibidas en un plazo no superior a 180 días después del presunto incidente. Concept Health Systems procesará las quejas que estén completas.

Una vez recibida la queja, Concept Health Systems la revisará para determinar si nuestra oficina tiene jurisdicción. El denunciante recibirá una carta de informándole si la queja será investigada por nuestra oficina.

Concept Health Systems tiene noventa (90) días para investigar la queja. Si se necesita más información para resolver el caso, Concept Health Systems puede ponerse en contacto con el denunciante. El denunciante tiene diez (10) días hábiles a partir de la fecha de la carta para enviar la información solicitada al investigador asignado al caso. Si el investigador no es contactado por el denunciante o no recibe la información adicional dentro de los diez (10) días hábiles, Concept Health Systems puede cerrar administrativamente el caso. Un caso también puede cerrarse administrativamente si el denunciante ya no desea continuar con su caso.

Después de que el investigador revise la queja, emitirá una de dos cartas al denunciante: una carta de cierre o una carta de hallazgo (LOF, por sus siglas en inglés). Una carta de cierre resume las acusaciones y afirma que no hubo una violación del Título VI y que el caso se cerrará. Una LOF resume las acusaciones y las entrevistas relacionadas con el presunto incidente, y explica si se tomará alguna medida disciplinaria, capacitación adicional para el miembro del personal u otra acción. Si el denunciante desea apelar la decisión, tiene siete (7) días para hacerlo a partir del momento en que reciba la carta de cierre o la LOF.

# Concept Health Systems

## Title VI Complaint Form

<b>Section I:</b>			
Name:			
Address:			
Telephone (Home):		Telephone (Work):	
Electronic Mail Address:			
Accessible Format Requirements?	Large Print		Audio Tape
	TDD		Other
<b>Section II:</b>			
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: _____			
Please confirm that you have obtained the permission of the aggrieved party if you are filing on behalf of a third party.		Yes	No
<b>Section III:</b>			
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	<input type="checkbox"/> Age
<input type="checkbox"/> Disability	<input type="checkbox"/> Family or Religious Status	<input type="checkbox"/> Other (explain) _____	
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 of this form.  _____			
<b>Section IV</b>			
Have you previously filed a Title VI complaint with this agency?		Yes	No

**Section V**

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:	
[ ] Federal Agency: _____	
[ ] Federal Court _____	[ ] State Agency _____
[ ] State Court _____	[ ] Local Agency _____
Please provide information about a contact person at the agency/court where the complaint was filed.	
<b>Name:</b>	
<b>Title:</b>	
<b>Agency:</b>	
<b>Address:</b>	
<b>Telephone:</b>	
<b>Section VI</b>	
Name of agency complaint is against:	
Contact person:	
Title:	
Telephone number:	

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

Signature and date required below:

\_\_\_\_\_

Signature Date

Please submit this form in person at the address below, or mail this form to:

Concept Health Systems  
4850 NE 2<sup>nd</sup> Avenue  
Miami, Florida 33137

Title VI Formulario de Queja

<b>Sección I:</b>			
Nombre:			
Dirección:			
Teléfono (casa):		Teléfono (trabajo):	
Correo electrónico:			
Requisitos de formato accesible?	Impresión Grande		Cinta de Audio
	TDD		Otro
<b>Sección II:</b>			
Está presentando esta queja a nombre propio?		Si*	No
* Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la sección III.			
En caso contrario, sírvase indicar el nombre y la relación de la persona por la que se queja:			
Explique por qué ha presentado un reclamo a un tercero: _____			
Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si está presentando en nombre de un tercero.		Yes	No
<b>Sección III:</b>			
Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todas las que apliquen):			
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Origen Nacional	<input type="checkbox"/> Edad
<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Religión	<input type="checkbox"/> Otro (explique) _____	
Fecha de la supuesta discriminación (Mes, Día, Año): _____			
Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona(s) que discriminó (si se conoce), así como nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario.			
<b>Sección IV</b>			
Ha presentado anteriormente una queja de Título VI con esta agencia?		Si	No

**Sección V**

Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal?	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, marque todas las que correspondan:	
<input type="checkbox"/> Agencia Federal: _____	
<input type="checkbox"/> Corte Federal _____	<input type="checkbox"/> Agencia Estatal _____
<input type="checkbox"/> Corte Estatal _____	<input type="checkbox"/> Agencia Local _____
Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.	
<b>Nombre:</b>	
<b>Título:</b>	
<b>Agencia:</b>	
<b>Dirección:</b>	
<b>Teléfono:</b>	
<b>Section VI</b>	
Nombre de la agencia contra quien es la queja:	
Persona contacto:	
Título:	
Teléfono:	

Usted puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.

\_\_\_\_\_  
Firma Fecha

Por favor entregue este formulario en persona a la dirección abajo, o envíe este formulario por correo a:

Concept Health Systems  
4850 NE 2<sup>nd</sup> Avenue  
Miami, Florida 33137