

Title VI Notice to the Public

Pender Community Hospital operates its programs and services without regard to race, color, or national origin in accordance with Title VI of the Civil Rights Act. Any person who believes they have been aggrieved by an unlawful discriminatory practice under Title VI may file a complaint of discrimination by completing and submitting the agency's Title VI Discrimination Complaint Form. This form can be downloaded on the subrecipient's website at <https://www.pchne.org/> or requested by contacting Jaccie Case, Support Services, at the address provided below.

To request more information on the agency's Title VI obligations or to obtain a detailed description of the agency's Title VI discrimination complaint procedures, please visit the agency website or contact the agency using the information provided. A telephone interpreter can be provided to assist persons of limited English proficiency.

Questions about Title VI? Please contact:

¿Preguntas sobre el Título VI? Por favor comuníquese con:



Subrecipient Organization: Pender Community Hospital

Attn: Jaccie Case, Support Services

Mailing Address: 100 Hospital Drive, P.O. Box 100
City, State, ZIP: Pender, NE 68047



Phone: 402-385-1900



Email: jaccie.case@pchne.org



Website: <https://www.pchne.org/>

Notificación al Público sobre el Título VI

Pender Community Hospital opera sus programas y servicios sin tomar en cuenta raza, color, u origen nacionalidad de conformidad con el Título VI del Acta de Derechos Civiles. Cualquier persona que crea que ha sido agraviada por cualquier práctica discriminatoria ilegal bajo el Título VI puede presentar una queja de discriminación al completar y enviar el Formulario de Queja de Discriminación de Título VI de la agencia. Este formulario se puede descargar del sitio web del subreceptor en <https://www.pchne.org/> o solicitarse comunicándose con Jaccie Case, Support Services, a la dirección proporcionada arriba.

Para solicitar mas información sobre las obligaciones de Título VI de la agencia o para obtener una descripción detallada del procedimiento de Quejas de Discriminación del Título VI, favor de visitar la pagina de la agencia o contactar la agencia a la dirección proporcionada arriba. Un interprete telefónico está disponible para asistir personas de dominio de Inglés limitado.



Title VI Discrimination Complaint Form

Please complete, sign, and return this form to the address listed at the bottom of the page.

Complainant name												
Address				City			State			Zip code		
Phone					Email							

Person discriminated against, if different from complainant													
Address					City			State			Zip code		
Phone					Email								

Type of discrimination:	☐ Race/Color	☐ Age	☐ Sex	☐ National origin	☐ Disability	☐ Other
Date of incident						

Please provide the date and location of the alleged discriminatory actions, including both the earliest and most recent incidents.

--

Please provide a brief and clear account of the discriminatory incident, including details of what happened, who was involved and any differential treatment compared to others. You may also include supporting materials for your complaint. Please attach any additional written or supporting information that you believe is relevant to this complaint.

--

Please provide the names and contact information of persons, including witnesses or others, whom we may contact for additional information to investigate your complaint.

--

To process your complaint, please ensure it is signed and dated below.

Signature	
Date	



Pender Community Hospital
100 Hospital Drive, P.O. Box 100
Pender, NE 68047

mailto:ndot.civilrights@nebraska.gov
jaccie.case@pchne.org

OFFICE USE ONLY

Received by			Date received		
-------------	--	--	---------------	--	--

Título VI Formulario de queja por discriminación

NEBRASKA
Good Life. Great Journey.
DEPARTMENT OF TRANSPORTATION

Complete, firme y envíe este formulario a la dirección que aparece en la parte inferior de la página.

Nombre del denunciante							
Dirección		Ciudad		Estado		Código postal	
Teléfono		Correo electrónico					

Víctima de la discriminación, si es diferente del denunciante							
Dirección		Ciudad		Estado		Código postal	
Teléfono		Correo electrónico					

Tipo de discriminación:	☐ Raza/Color	☐ Edad	☐ Sexo	☐ Nación de origen	☐ Discapacidad	☐ Otra opción
Fecha del incidente						

Proporcione la fecha y el lugar de las supuestas acciones discriminatorias, incluidos tanto los incidentes más tempranos como los más recientes.

--

Proporcione un informe breve y claro del incidente discriminatorio, incluidos los detalles de lo que sucedió, quién estuvo involucrado y cualquier tratamiento diferencial en comparación con otros. También puede incluir materiales de respaldo para su queja. Adjunte cualquier información adicional por escrito o de apoyo que considere relevante para esta queja.

--

Proporcione los nombres y la información de contacto de las personas, incluidos los testigos u otras personas, con quienes podamos comunicarnos para obtener información adicional para investigar su queja.

--

Para procesar su queja, asegúrese de que esté firmada y fechada a continuación.

Firma	
Fecha	

DIRECCIÓN
POSTAL



CORREO
ELECTRÓNICO



Pender Community Hospital
100 Hospital Drive, P.O. Box 100
Pender, NE 68047

jaccie.case@pchne.org

SOLO PARA USO DEL OFICINA

Recibido por		Fecha de recepción	
--------------	--	--------------------	--