

FORMULARIO DE QUEJA TÍTULO VI/ADA

"Ninguna persona en los Estados Unidos será, por motivos de raza, color u origen nacional, excluida de la participación en, ser negada los beneficios de, o sujeta a discriminación bajo cualquier programa o actividad que reciba asistencia financiera federal."

Si considera que ha sido objeto de discriminación en la prestación de servicios de transporte, por favor proporcione la siguiente información para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita asistencia para completar este formulario o requiere información en formatos alternativos, por favor comuníquese con nosotros.

Por favor envíe o entregue este formulario a:

Chris Baechle
7601 Watson Road
St Louis, MO 63119
cbaechle@crsstl.org

ESCRIBA EN LETRA MOLDE

1. Nombre del reclamante:		
a. Dirección:		
b. Ciudad:	Estado:	Código Postal:
c. Teléfono (incluya código de área): Casa () o Cel () Trabajo () - () -		
d. Correo Electrónico:		
¿Prefiere ser contactado(a) por este correo electrónico? () SÍ () NO		
2. ¿Necesita este formulario en un formato accesible? () SÍ () NO especifique:		
3. ¿Está presentando esta queja en su propio nombre? () SÍ Si, sí, pase a la pregunta 7. () NO Si, no, pase a la pregunta 4		
4. Si respondió NO a la pregunta 3, proporcione su nombre y dirección:		
a. Nombre de la persona que presenta la queja:		
b. Dirección:		
c. Ciudad:	Estado:	Código Postal:
d. Teléfono (incluya código de área): Casa () o Cel () Trabajo () - () -		
e. Correo Electrónico:		
¿Prefiere ser contactado(a) por este correo electrónico? () SÍ () NO		
5. ¿Cuál es su relación con la persona en cuyo nombre presenta la queja?		
6. Confirme que ha obtenido el permiso de la persona afectada si presenta la queja en nombre de un tercero. () SÍ, Tengo permiso. () NO, No tengo permiso.		
7. Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todas las que correspondan): () Raza () Color () Origen Nacional (clases protegidas por el Título VI) () Discapacidad (clase protegida por ADA) () Otro (especifique)		

Continuación

PÁGINA 2 – FORMULARIO DE QUEJA TÍTULO VI

8. Fecha del presunto acto discriminatorio (Mes/Día/Año):
9. ¿Dónde ocurrió el presunto acto discriminatorio?
10. Explique lo más claramente posible lo que ocurrió y por qué cree que fue discriminado(a). Describa todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que lo discriminaron (si se conocen). Use el reverso de este formulario o páginas adicionales si necesita más espacio.
11. Enumere los nombres y números de teléfono/información de contacto de todos los testigos. Use el reverso de este formulario o páginas adicionales si necesita más espacio.
12. ¿Qué tipo de acción correctiva le gustaría que se tomara?
13. ¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal? () SÍ Si, sí, marque las que correspondan. () NO a. () Agencia Federal (indique nombre de la agencia) b. () Tribunal Federal (indique ubicación) c. () Tribunal Estatal d. () Agencia Estatal (especifique agencia) e. () Tribunal del Condado (especifique tribunal y Condado) f. () Agencia Local (especifique agencia)
14. Si respondió SÍ a la pregunta 14, proporcione la información de contacto de la persona en la agencia/tribunal donde se presentó la queja: Nombre: _____ Título: _____ Agencia: _____ Teléfono: () - Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

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

Fecha y firma son requeridas:

Firma

Fecha

Si completó las preguntas 4, 5 y 6, también se requiere su firma y fecha:

Firma

Fecha

Si necesita información en otro idioma, comuníquese con Chris Baechle en Cardinal Ritter Senior Services al 314-961-8000.