**TITulo VI formulario de queja**

|  |
| --- |
| **Sección I:**  |
| Nombre:  |
| Dirección:  |
| Telefono:  | TeléfonoSecundario (Opcional): |
| Dirección de correo electrónico: |
| Requisitos deformato accesible? | [ ] Large Print  | [ ] Audio Tape  |
| [ ] TDD | [ ] Other: |
| **Sección II:**  |
| Son sus presentando esta queja ensu propio nombre? | Sí\* | No\*\* |
| \* Si usted contestó "sí" a #6, vaya a la Sección III. |
| \*\* Si su respuesta es "no" ala # 6, ¿cuál es el nombre de la persona para lacual usted está resentando esta queja? *Nombre:* ¿Cuál es su relación con esta persona? *Relación:* |
| Por favor, explique par qué usted ha presentado para un tercero:  |
| Par favor, confirme que ha obtenido el permisode la parte agraviada para presentar en su nombre.  | Sí | No |
| **Sección III:**  |
| Yo creo que la discriminación que experimenté fue basada en (marque todo lo que corresponda):[ ] Carrera [ ] Color [ ] Origen NacionalFecha de la supuesta discriminación: (dd/mm/aaaa): Explique lo más c1aramente posible lo que pasó y por qué cree que fue discriminado. Describir todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que lo discrimin6 (si se conoce), asi como los nombres y la información de los testigos en contacto. Si se necesita más espacio, adjunte hojas adicionales.      |

|  |
| --- |
| **Sección IV**  |
| ¿Ha presentado anteriormente una queja del Titulo VIcon Paratransit Services? | Sí | No |
| **Sección V**  |
| ¿Ha presentado esta queja con cualquier otro federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal?[ ] Sí\* [ ] NoEn caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:[ ] Agencia Federal: [ ] Agencia Estatal [ ] Corte Federal: [ ] Agencia Local [ ] Tribunal Estatal:  |
| \* Por favor, proporcionar informaci6n acerca de una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se resentó la queja.  |
| *Nombre:*  |
| *Titulo:*  |
| *Agencia:*  |
| *Dirección:*  |
| *Teléfono:*  |
| **Sección VI**  |
| Nombre de la servicio de tránsito queja es en contra:  |
| Persona de contacto:  |
| Titulo:  |
| Teléfono:  |

Puede adjuntar cualquier material escrito 0 cualquier otra información que usted considere relevante para su queja.

Firma y fecha están obligados a continuación para completar el formulario:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Signatura Fecha*

Por favor envíe este formulario en persona o por correo este formulario a la siguiente dirección:

Paratransit Services

Coordinador Título VI

<<4810 Auto Center Way

Bremerton, WA 98312>>