**The Bay Runner Trolley**

Título VI Formulario de Quejas

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección I:** | | | | | | | | | | | |
| Nombre: | | | | | | | | | | | |
| Dirección: | | | | | | | | | | | |
| Teléfono (Hogar): | | | | Teléfono (Trabajo): | | | | | | | |
| Correo electrónico: | | | | | | | | | | | |
| ¿Requisito de formatos accesibles? Marque con una “X” | Impresos con letra grande | |  | | | Audio | | | | |  |
| TDD | |  | | | Otro | | | | |  |
| **Sección II:** | | | | | | | | | | | |
| ¿Estas llenando esta queja bajo tu nombre? | | | | | | | Si\* | | No | | |
| \*Si contestó "Si" a esta pregunta, ve a la Sección III. | | | | | | | | | | | |
| Si no, favor de proveer el nombre y su relación con la persona por la cual está presentando esta queja: | | | | | | |  | | | | |
| Por favor explique por qué presento una queja a un tercer consumidor: | | | | |  | | | | | | |
|  | |  |  | | |  | | | |  | |
| Por favor confirme que ha obtenido permiso de la persona que fue ofendida si estas llenando el formulario por un tercer consumidor. | | | | | | | Si | | | No | |
| **Sección III:** | | | | | | | | | | | |
| Yo creo que la discriminación que yo he experimentado fue basada en:  (Marque todas las que aplique)  [ ] Raza [ ] Color [ ] Origen Nacional [ ] Edad  [ ] Discapacidad [ ] Familia o Estatus Religioso [ ] Otro (explique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha cuando se alega dicha discriminación (Mes, Dia, Año): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que lo discriminaron (si se conocen), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| **Sección IV** | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha sometido una queja de Titulo VI con esta agencia anteriormente? | | | | | | | Si | No | | | |
| **Sección V** | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha sometido esta queja a otra agencia Federal, Estatal, o Local; e incluso alguna corte Federal o Estatal?  [ ] Si[ ] No  Si contesto “Si”, favor marcar todas las que aplique:  [ ] Agencia Federal  [ ] Corte Federal [ ] Agencia Estatal  [ ] Corte Estatal [ ] Agencia Local | | | | | | | | | | | |
| Favor proveer información sobre la persona que contacto en dicha agencia o corte sobre la queja que sometió. | | | | | | | | | | | |
| Nombre: | | | | | | | | | | | |
| Titulo: | | | | | | | | | | | |
| Agencia: | | | | | | | | | | | |
| Dirección: | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: | | | | | | | | | | | |
| **Sección VI** | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la agencia que sometió la queja en contra | | | | | | | | | | | |
| Nombre: | | | | | | | | | | | |
| Titulo: | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: | | | | | | | | | | | |

Puedes someter cualquier material escrito o cualquier otra información que crea que se relevante referente a la queja.

Su firma y fecha es requerida abajo.

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

Firma Fecha

Favor de someter este formulario en persona a la dirección provista abajo o favor de someter la misma por correo:

The Bay Runner Trolley Title VI Liaison

12345 Address

City, FL Zip