

FORMULARIO DEL TÍTULO VI PARA PRESENTAR UNA QUEJA DE GoTriangle

"En los Estados Unidos ninguna persona podrá, por motivos de raza, color u origen nacional, ser excluida de la participación en, negársele los beneficios de, o ser objeto de discriminación en virtud de cualquier programa o actividad que reciba asistencia financiera del gobierno federal".

Si usted cree que ha sido objeto de discriminación en la prestación de servicios de transporte, proporcione la siguiente información para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para rellenar este formulario o precisa la información en otro formato, háganoslo saber.

Envíe este formulario por correo o remítalo a la siguiente dirección:

Director Equal Opportunity, Diversity, and Inclusion
GoTriangle, Department of Diversity Management
P.O. Box 13787, Durham, NC 27709

jormond@gotriangle.org

POR FAVOR, ESCRIBA CON LETRA CLARA

1. Nombre de la persona que presenta la queja:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono (incluya el prefijo) Casa <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/>		
Dirección de correo electrónico (e-mail):		
¿Prefiere que nos comuniquemos con usted a través de esta dirección de correo electrónico? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
2. ¿Necesita el formulario en un formato que le permita acceder a él? <input type="checkbox"/> SÍ especifique: _____ <input type="checkbox"/> NO		
3. ¿Está presentando esta queja en su propio nombre? <input type="checkbox"/> SÍ Si responde que SÍ, vaya a la pregunta 7. <input type="checkbox"/> NO Si responde que NO, vaya a la pregunta 4.		
4. Si ha respondido NO a la pregunta 3, indique su nombre y dirección. Nombre de la persona que presenta la queja:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono (incluya el prefijo) Casa <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/>		
Dirección de correo electrónico (e-mail):		
¿Prefiere que nos comuniquemos con usted a través de esta dirección de correo electrónico? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

5. ¿Cuál es su parentesco con la persona en cuyo nombre presenta la queja?
6. Confirme que ha obtenido la autorización de la persona afectada si presenta la queja en nombre de otra persona. <input type="checkbox"/> SÍ, tengo la autorización. <input type="checkbox"/> NO, no tengo la autorización.
7. Creo que la discriminación que he sido objeto se basó en (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen nacional (clases protegidas por el Título VI) <input type="checkbox"/> Discapacidad (clases protegidas por la ADA) <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____

continúa

FORMULARIO DEL TÍTULO VI PARA PRESENTAR UNA QUEJA **DE GoTriangle** (continuación)

8. Fecha de la presunta discriminación (mes, día, año):
9. ¿Dónde tuvo lugar la presunta discriminación?
10. Explique lo más claramente posible lo sucedido y por qué cree que ha sido objeto de discriminación. Describa a todas las personas que participaron. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que cometieron el acto de discriminación contra usted (si la(s) conoce). <i>Si necesita más espacio, puede usar el reverso de este formulario o páginas separadas.</i>
11. Brinde los nombres y números de teléfono o información de contacto de todos y cada uno de los testigos. <i>Si necesita más espacio, puede usar el reverso de este formulario o páginas separadas.</i>
12. ¿Qué tipo de medidas de rectificación le gustaría que se adoptaran?
13. ¿Ha presentado alguna queja ante otro organismo federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal? <input type="checkbox"/> SÍ Si la respuesta es SÍ, marque todas las que correspondan. <input type="checkbox"/> NO a. <input type="checkbox"/> Agencia Federal (brinde el nombre de la agencia) b. <input type="checkbox"/> Tribunal Federal (brinde la ubicación) c. <input type="checkbox"/> Tribunal del Estado d. <input type="checkbox"/> Agencia Estatal (especifique la agencia) e. <input type="checkbox"/> Tribunal del Condado (especifique el tribunal y el condado) f. <input type="checkbox"/> Agencia Local (especifique la agencia)
14. Si responde SÍ a la pregunta 14, proporcione la información de una persona a la que se pueda contactar en la agencia/tribunal en donde se presentó la denuncia. Nombre y apellidos: _____ Cargo: _____
Agencia: _____ Teléfono: () _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

La fecha y firma son obligatorias:

Firma

Fecha

Si ha rellenado las preguntas 4, 5 y 6, su firma y fecha son obligatorias:

Firma

Fecha