SUWANNEE VALLEY TRANSIT AUTHORITY

Formulario de reclamación del Título VI (Spanish)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección I:** | | | | | | | | | | | |
| **Nombre:** | | | | | | | | | | | |
| **Dirección:** | | | | | | | | | | | |
| **Teléfono (Inicio):** | | | | **Teléfono (Trabajo):** | | | | | | | |
| Dirección de correo electrónico: | | | | | | | | | | | |
| ¿Requisitos de formato accesible? | Letra grande | |  | | | **Cinta de audio** | | | | |  |
| TDD | |  | | | **Otro** | | | | |  |
| **Sección II:** | | | | | | | | | | | |
| ¿Está presentando esta queja en su propio nombre? | | | | | | | Sí\* | | No | | |
| \*Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III. | | | | | | | | | | | |
| De lo contrario, proporcione el nombre y la relación de la persona por la que se queja: | | | | | | |  | | | | |
| Por favor, explique por qué ha solicitado a un tercero: | | | | |  | | | | | | |
|  | |  |  | | |  | | | |  | |
| Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si está presentando una solicitud en nombre de un tercero. | | | | | | | Sí | | | No | |
| **Sección III:** | | | | | | | | | | | |
| Creo que la discriminación que experimenté se basó en (verifique todo lo que se aplica):  [ ] Raza[ ] Color[ ] Origen nacional [ ] Edad  [ ] Discapacidad [ ] Estado familiar o religioso [ ] Otro (explicar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha de la presunta discriminación (mes, día, 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 discriminó (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Si se necesita más espacio, utilice la parte posterior de este formulario.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| **Sección IV** | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha presentado previamente una queja del Título VI ante esta agencia? | | | | | | | Sí | No | | | |

|  |
| --- |
| **Sección V** |
| ¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal?  [ ] Sí[ ] No  En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:  [ ] Agencia Federal:  [ ] Tribunal Federal [ ] Agencia Estatal  [ ] Tribunal Estatal [ ] Agencia Local |
| Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja. |
| **Nombre:** |
| **Título:** |
| **Agencia:** |
| **Dirección:** |
| **Teléfono:** |
| **Sección VI** |
| El nombre de la queja de la agencia es contra: |
| Persona de contacto: |
| Título: |
| Número de teléfono: |

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

Firma y fecha requeridas a continuación

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Firma | Fecha |

Envíe este formulario en persona a la dirección que aparece a continuación, o envíelo por correo a:

Suwannee Valley Transit Authority

Larry Sessions, Administrator

1907 Voyles Street, SW

Live Oak, FL 32064