

Formulario de queja conjunto del Título VI/ADA

Section I:

Nombre':

Habla a:

Tele'fono (Habla):

Tele'fono (Trabajo):

Direccio'n de correo electro'nico:

Requisitos de formato accessible?

☐ Letra grande

☐ Cinta de audio

☐ TDD

☐ Otro/Otra

Section II:

Estra'presentando una queja en su nombre?

☐ Si'*

☐ No

**Si respondio' afirmativamente a esta pregunta, pase a la Seccio'n III.*

Si no, proporcione el nombre y la relacio'n de la que se esta' quejando.

Explique por que' ha solicitado a un tercero:

Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si presenta la solicitud en nombre de un tercero.

☐ Si

☐ No

Section III:

I believe the discrimination I experienced was based on (check all that apply):

☐ Raza

☐ Color

☐ Origen nacional

☐ Discapacidad

Fecha de la supuesta Discriminacio'n (Mes, Dia, Ano): _____

Explique los ma's claramente posible lo que sucedio' y por que' cree que fue discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya en nombre y la informacio'n de contacto de la(s) persona(s) que lo discrminaron (si se conocen) asi' como los nombres y la informacion de contacto de los testigos. Si necesita ma's espacio, utilice el reverso de esta fromulario.

Section IV:

?Ha presentado previamente una queja por discriminacio'n ante esta agencia?

☐ Si

☐ No

En caso afirmativo, proporcione cualquier informació'n de referencia con respecto a su queja anterior.

Section V:

Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algu'n tribunal federal o estatal?

☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

☐ Agencia Federal: _____

☐ Corte Federal: _____ ☐ Agencia estado: _____

☐ Tribunal estatal: _____ ☐ Agencia local : _____

Please provide information about a contact person at the agency/court where the complaint was filed.

Nombre:

Título:

Agencia:

Habla a:

Tele'fono:

Section VI:

Nombre de la agencia en la que se presenta la queja:

Nombre del la persona contra la que se presenta la queja:

Título:

Ubicacio'n:

Numero do tele'fono (si se conoce):

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra informació'n que considere relevante para su queja. Su firma y fecha son **requeridas** a continuacio'n.

Firma

Fecha

Please submit this form in person at the address below, or mail this form to:

**CITY OF WASHINGTON, INDIANA TRANSIT SYSTEM
BRYAN SERGESKETTER, WTS MANAGER
2200 MEMORIAL AVENUE, WASHINGTON, IN 47501
TITLE VI/ADA COORDINATOR
streetcomm@washingtontin.us**

A copy of this form can be found online at:

<https://www.washingtontin.us/departments/index.php?structureid=67>