

Formulario de Queja de Discriminación ADA/Título VI

Sección I:		
Nombre:		
Dirección:		
Teléfono (Casa)	Teléfono (Trabajo):	
Dirección de correo electrónico:		
¿Requisitos de formato accesible?	<input type="checkbox"/> Letra Grande	<input type="checkbox"/> Cinta de audio
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Otros
Sección II:		
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?	<input type="checkbox"/> Sí*	<input type="checkbox"/> No
<i>*Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.</i>		
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.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sección III:		
Creo que la discriminación que experimenté se basó en (verifique todo lo que se aplica):		
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Origen Nacional
<input type="checkbox"/> Discapacidad		
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 por Discriminación ante esta agencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

En caso afirmativo, proporcione cualquier información de referencia con respecto a su queja anterior.

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:

El nombre de la persona que denuncia es en contra:

Título:

Ubicación:

Número de teléfono (si está disponible):

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja. Su firma y fecha son requeridas a continuación:

Firma

Fecha

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

**City of Coolidge Transit Department
Erik Heet (Transit Manager)
395 W. Palo Verde Ave Coolidge, AZ 85128
520-723-6085
eheet@coolidgeaz.com**

Una copia de este formulario se puede encontrar en línea en www.coolidgeaz.com/transit