

# Warren County Transitó

## Título VI denuncia forma

|  |                          |  |                     |    |
|--|--------------------------|--|---------------------|----|
| <b>Sección I:</b>  |                          |  |                     |    |
| Nombre:  |                          |  |                     |    |
| Dirección:   |                          |  |                     |    |
| Teléfono (casa):   |                          |  | Teléfono (trabajo): |    |
| Dirección de correo electrónico:   |                          |  |                     |    |
| ¿Requisitos de formato accesible?  | Impresión de gran tamaño |  | Cinta de audio      |    |
|  | TDD                      |  | Otros               |    |
| <b>Sección II:</b>   |                          |  |                     |    |
| ¿Usted está presentando esta queja en su nombre?   |                          |  | Sí *                | No |
| * Si usted respondió "Sí" a esta pregunta, ir a la sección III.  |                          |  |                     |    |
| Si no, por favor suministrar el nombre y la relación de la persona a quien usted se queja:   |                          |  |                     |    |
| Explique por qué ha presentado por un tercero:   |                          |  |                     |    |
|  |                          |  |                     |    |
| Por favor confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si radicara en nombre de un tercero.   |                          |  | Sí                  | No |
| <b>Sección III:</b>  |                          |  |                     |    |
| Creo que he experimentado la discriminación se basaba en (marque todas las que apliquen):  |                          |  |                     |    |
| <input type="checkbox"/> Carrera <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> origen nacional <input type="checkbox"/> edad<br><input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> familia o estado religioso <input type="checkbox"/> otro (explique) ____  |                          |  |                     |    |
| Fecha de la supuesta discriminación (mes, día, año): _____   |                          |  |                     |    |
| Explicar lo más claramente posible lo que pasó y por qué usted cree que fueron discriminados. Describir a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluir el nombre e información de contacto de la persona que discriminó (si lo conoce) así como nombres e información de contacto de testigos. Si se necesita más espacio, utilice el dorso de este formulario. |                          |  |                     |    |
| _____  |                          |  |                     |    |
| _____  |                          |  |                     |    |
| <b>Sección IV</b>  |                          |  |                     |    |
| ¿Anteriormente ha presentado una queja del título VI con esta agencia?   |                          |  | Sí                  | No |

| <b>Sección V</b>   |   |
|--|---|
| ¿Ha presentado esta queja con cualquier otro Federal, estatal o agencia local, o con cualquier Tribunal Federal o estatal? |   |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |   |
| Si es así, compruebe todas las que apliquen:   |   |
| <input type="checkbox"/> Agencia Federal para el : _____   |   |
| <input type="checkbox"/> Tribunal Federal: _____   | <input type="checkbox"/> la agencia estatal _____ |
| <input type="checkbox"/> Estado de corte : _____   | <input type="checkbox"/> Agencia Local: _____     |
| Sírvanse proporcionar información sobre una persona de contacto en la Agencia/corte donde se presentó la queja.            |   |
| Nombre:  |   |
| Título:  |   |
| Agencia:   |   |
| Dirección:   |   |
| Teléfono:  |   |
| <b>Sección VI</b>  |   |
| Nombre de denuncia de la agencia es contra:  |   |
| Persona de contacto:   |   |
| Título:  |   |
| Número de teléfono:  |   |

Usted puede conectar cualquier material escrito u otra información que crees que es pertinente a su queja.

Firma y fecha especificadas a continuación

\_\_\_\_\_

Firma fecha

Por favor, envíe este formulario en persona en la siguiente dirección, o envíe por correo este formulario para:

Warren County Transit título VI enlace  
P.O. Box 46  
Warrenton, GA 30828