|  |
| --- |
| **Formulario de Quejas sobre Derechos civiles** |
| **(Título VI y ADA)** |
| **Sección 1** |
| Nombre: |
| Dirección:  Dirección de la calle Ciudad Estado Código Postal |
| Teléfono (casa): Teléfono (Alternativo):  |
| Dirección de correo electrónico: |
| Si necesita otro(s) formato(s), por favor, seleccione la(s) casilla(s) correspondiente(s):* Letra grande Cinta de audio TDD Otro, especifique cuál
 |
| **Sección 2** |
| ¿Rellena este formulario de manera individual? Sí (En caso afirmativo, diríjase a la sección 3) No (En caso negativo, diríjase a la siguiente línea) |
| Por favor, indique el nombre y la dirección de la persona que alegue discriminación: Nombre: Dirección: Dirección de la calle Ciudad Estado Código Postal |
| Por favor, explique por qué cumplimenta este formulario para un tercero: |
| Por favor, confirme que ha obtenido el permiso. Sí No |
| **Sección 3** |
| Naturaleza de la presunta violación de los derechos civiles (indique las áreas específicas que se apliquen a su demanda):Racial Color País de origen (incluye un dominio del inglés limitado) Discapacidad |
| Fecha del presunto caso de discriminación (Mes, día, año):  |
| Explique con la mayor claridad posible lo sucedido y si conoce el motivo por el que se le ha discriminado. Describa a todas las personas implicadas e incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que fueron partícipes de dicha violación (si las conoce), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, por favor, use la parte trasera del formulario u otro folio. |
| **Sección 4** |
| ¿Ha presentado anteriormente alguna queja contra Capital Area Transit (CAT)? Sí No |
| **Sección 5** |
| ¿Ha presentado una queja sobre este asunto ante algún otro organismo federal, estatal o ante un tribunal federal?Sí No En caso afirmativo, seleccione todo lo que aplique y proporcione el nombre del organismo:Organismo federal: Tribunal federal: \_ Organismo estatal: Tribunal estatal: Organismo local: Por favor, proporcione información sobre una persona de contacto en el organismo/tribunal en el que se presentó la queja.Nombre: Título: Organismo: Número de teléfono: Dirección:  |
| **Sección 6** |
| *Puede adjuntar cualquier documento o información que considere relevante con respecto a su queja.*Declaro que he leído lo anteriormente descrito y que la información que figura en la presente es verídica y se aporta de buena fe. **Firme a continuación y escriba la fecha** Firma del demandante FechaPor favor, envíe este formulario y cualquier otro material adicional en persona o a la siguiente dirección:Title VI Coordinator, Human Resources Department, Capital Area Transit, 901 N. Cameron Street, Harrisburg, Pennsylvania 17101**Si se necesita información en otro idioma, por favor llame al (717-233-5657).** |
| **Solo para el uso de Capital Area Transit:** Fecha de recibo: Persona que recibe la queja: |
|  |