

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 Douglas/Douglas Rides
Perri Gojkovich Transit
Manager 1815 9th Street,
Douglas AZ 85607
520-417-7400
perri.gojkovich@douglasaz.gov**

Una copia de este formulario se puede encontrar en línea en www.douglasaz.gov/283/Public-Transportation