

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 agravuada 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