

FORMULARIO DE QUEJAS DEL TÍTULO VI

Central Texas Rural Transit District (CTRTD) está comprometida a garantizar que ninguna persona sea excluida de participar o se le sean negados los beneficios de sus servicios sobre la base de raza, color u origen nacional, conforme a lo dispuesto por el Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1964. Las quejas conforme al Título VI deben ser presentadas dentro de los 180 días siguientes a la fecha de la supuesta discriminación.

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, por favor póngase en contacto con el Gerente de operaciones para Central Texas Rural Transit District llamando al 800-710-2277. El formulario completo deberá ser devuelto a la siguiente dirección: Central Texas Rural Transit District, 2310 South Concho, Coleman, Texas 76834.

Nombre:	Teléfono:
Dirección residencial:	Teléfono Alternativo:
	Ciudad, Estado, y Código Postal:
Persona(s) contra la(s) que se discriminó (si no se trata de la persona que presenta la queja):	
Nombre(s):	
Dirección residencial, Ciudad, Estado, y Código Postal:	

¿Cuál de los siguientes casos describe mejor la razón de la presunta discriminación? (Circule una opción)

- Raza
- Color
- Origen nacional (Conocimiento limitado del inglés)

Fecha del incidente:

Por favor describa el presunto incidente discriminatorio. Proporcione los nombres y puestos de todos los empleados de CTRTD que estuvieron involucrados, si están disponibles. Explique lo que fue lo que sucedió y quién considera que fue responsable. Por favor use el reverso de este formulario si requiere espacio adicional.

FORMULARIO DE QUEJAS DEL TÍTULO VI

Central Texas Rural Transit District

Por favor describa el presunto incidente discriminatorio (continuación)

¿Ha presentado usted una queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local?
(Marque con un círculo) **Si / No**

Si la respuesta es “Si,” indique a continuación la agencia o agencias y la información de contacto:

Agencia: Nombre de contacto:

Dirección, Ciudad, Estado, Código postal: Teléfono:

Agencia: Nombre de contacto:

Dirección, Ciudad, Estado, Código postal: Teléfono:

Firma de quien presenta la queja

Fecha

Imprima el nombre de quien presenta la queja

Date Received:

Review By:
