

Dr. Piper Center for Social Services, Inc.

Formulario de reclamacion del Titulo VI (Espanol)

Sección I:				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono (Inicio):			Teléfono (Trabajo):	
Dirección de correo electrónico:				
¿Requisitos de formato accesible?	Letra grande		Cinta de audio	
	TDD		Otro	
Sección II:				
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?			Sí*	No
*Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.				
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.			Sí	No
Sección III:				
Creo que la discriminación que experimenté se basó en (verifique todo lo que se aplica):				
[] Raza [] Color [] Origen nacional [] Edad				
[] Discapacidad [] Estado familiar o religioso [] Otro (explicar)				
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 del Título VI ante esta agencia?			Sí	No

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:

Persona de contacto:

Título:

Número de teléfono:

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.
Firma y fecha requeridas a continuación

Firma

Fecha

Envíe este formulario en persona a la dirección que aparece a continuación, o envíelo por correo a:

Dr. Piper Center for Social Services, Inc.
2607 Dr. Ella Piper Way
Fort Myers, FL 33916
Attn: Melissa Bonner, CEO/Executive Director

Or.: web de FTA: www.transit.dot.gov
Federal Transit Admin., Oficina de Derechos Civiles
ATTN: Equipa de Denuncia
Este Bldg. 5 Piso-TCR
1200 New Jersey Avenue, SE
Washington DC 20590