



Título VI formulario de denuncia de discriminación

Luzerne County Transportation Authority (LCTA)

LCTA se compromete a garantizar que ninguna persona es excluida de la participación en o negada los beneficios de sus servicios sobre la base de raza, color u origen nacional, conforme a lo dispuesto por el título VI de la ley de derechos civiles de 1964, enmendada. Quejas de título VI deben ser presentadas dentro de 180 días desde 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 llame el título LCTA VI Coordinadora al (570) 288-9656. El formulario completado y firmado debe enviarse a:

Luzerne County Transportación Authority
Atención: Coordinador del título VI
315 Northampton St.
Kingston, PA 18704

LCTA Oficina uso sólo:

Fecha recibido: _____

Recibió Por: _____

Por favor letra de molde

Título VI discriminación queja forma

Por favor correo los firmado forma a: Luzerne Condado transporte autoridad, Título VI Coordinador, 315 Northampton Street, Kingston, PA 18704

1

Primera nombre

Último de ml nombre

Calle dirección ciudad Estado Código postal

Teléfono número (incluyendo zona código)

Mejor tiempo a llamar

Suplente teléfono número (incluyendo zona código)

Mejor tiempo a llamar

¿Que hacer se creer discriminados contra usted?

2

Primera nombre

Último de ml nombre

Nombre de negocio

Título de la posición

Calle Dirección ciudad

Zip del

estado código

Demandada relación a te.spondent's

¿Cuando lo la alegado act(s) de discriminación ocurrir?

Por favor lista todos aplicable fechas en ldd/mm/aaaa formato.

3

Fecha (s)

Es el alegado discriminación curso? Sí No

¿Donde lo la alegado act(s) de discriminación ocurrir?

4

Nombre de lugar

Calle dirección

Ciudad Estado

Zip código

Indican la basis de su queja de la discriminación (raza, color, nacional origen).

5

6

Describir en detalle la específico según que es la base(s) de la alegado discriminación.
Describe cada incidente de la discriminación por separado.
Adjuntar adicionales páginas como necesario.

Lo hizo el persona son quejarse contra estado un razón para la acción que su complaint? Si sí, por favor explicar.

PL facilidad explain cómo otros personas o grupos de personas fueron tratados diferentemente por el persona que discriminados contra .

Por favor lista y describir todos documentos, correos electrónicos o otros registros y materiales referente a su queja.

Por favor lista y identificar cualquier testigo a la incidentes descrito sobre o personas que han personal conocimiento de información referente a su complaint.

Han anteriormente registrados o lo contrario se quejó sobre este incidente o related actúa de discriminación? Si , por favor identificar el Individual a quien le hecho el informe, la fecha en que hecho el informe y el resolución.

Por favor explicar cualquier adicional información referente a la alegado discriminación.

Por favor describir cualquier afecta a le han sufrido porque de la alegado discriminación.

Por favor describir la remedio son buscando como un resultado de filing esto queja.

Si un advisor será ser culostng le en el complant proceso, pfacilidad proporcionar hs su nombre y contacto información.

7

Primera nombre	último	MI nombre
----------------	--------	-----------

Nombre de negocio	Posición/título número
-------------------	------------------------

Calle dirección	Ciudad Estado	Zip código
-----------------	---------------	------------

Esto Discriminación queja para o su escrito queja declaración debe ser firmado y de n orden a dirección su acusaciones. Además, this oficina le necesita su consentimiento a disclose su nombre, si necesario, en la curso de su nquiry. El Discrimila nación queja consentimiento y suelte forma s Unido para su conveniencia. Si son presentación un complaint de discrimination en nombre de otro persona, nuestros ofice le también necesita este persona consentimiento a disclose Holas su nombre.

8

Me certificar que a la mejor de mi conocimiento el información me han siempre es exacta y los eventos y circunstancias son como me han descrito ellos. Como un querellante, me también entender que si me indica me será asistida por un asesor en esto forma, mi firma debajo de autoriza el nombre individuales a recibir copias de relevantes correspondencia sobre el queja y para acompañar me durante el investigación.

Firma

Fecha

Título VI discriminación queja forma
Para título VI quejas presentó con la PA Departamento de de transporte

Primera nombre

Último de mi nombre

Calle dirección

Estado de la ciudad Zip código

Como un denunciante, entiendo que en el curso de una investigación se puede convertir en necesario a revelar mi identidad a personas en la organización o institución bajo investigación. Me estoy también consciente de las obligaciones de LCTA a honor las solicitudes bajo la libertad de información ley. Entiendo que puede ser necesario para LCTA a revelar información, incluyendo personalmente identificación detalles, que ha reunido como parte de su investigación de mi queja. En además, entiendo que como demandante me estoy protegida por LCTA políticas y prácticas de intimidación o venganza para tener tomado acción o participado en acción a seguro derechos protegido por no discriminación estatutos y normas que se aplican por el tránsito administración de la U.S. Departamento de de transporte.

Por favor Compruebe uno:

- I consentimiento y autorizar a han LCTA, como parte de su investigación, revelan mi identidad a personas en la organización, negocios o institución, que ha sido identificado por me en mi formal queja de la discriminación. Me también autorizar LCTA a discutir, recibir y revisar materiales y información sobre me la misma y con apropiado administradores o testigos para la propósito de investigando esta denuncia. En hacer , han leer y entender la información en la principio de esto forma. Entiendo también que la material y información recibió le ser utilizado para autorizado civil derechos actividades de cumplimiento sólo. Más entiendo que me estoy no requiere a autorizar esto liberar, y para voluntariamente.
- I negar consentimiento a han LCTA revelan mi identidad a personas en la organización business o institución bajo investigación. Me también negar consentimiento a han LCTA revelar cualquier información contenidos en este queja con cualquier testigos me han mencionado en la queja. En hacer , entiendo que no soy autorizar LCTA a discutir, recibir ni revisar cualquier materiales y información sobre me de el mismo. En hacer , han leer y entender la información en la principio de esto forma. I entiendo que mi decisión a negar consentimiento puede impedir esto investigación y puede resultado en el éxito resolución de mi caso.

Firma

Fecha