

TITULO VI FORMULARIO DE QUEJAS

Sección 1

Nombre: _____

Dirección: _____
Dirección: Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono (Hogar): _____ Teléfono (Alternativo): _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Si necesita formatos accesibles, marque la casilla correspondiente:

Impresión Grande Cinta de Audio TDD Otro, Especifique _____

Sección 2

¿Está llenando esta queja usted mismo? Sí (Sí, Ir a la Sección 3) No (No, ir siguiente línea)

Por favor proveer el Nombre y Dirección de la persona que alega discriminación:

Nombre: _____

Dirección: _____
Dirección: Calle Ciudad Estado Código Postal

Por favor explique por qué está llenando este formulario para un tercero:

Por favor confirme que ha obtenido permiso. Sí No

Sección 3

Creo que la discriminación experimentada se basó en (marque todas las que apliquen):

Raza Color Origen Nacionalidad (incluye limitaciones en Idioma inglés)

Fecha de la alegada discriminación (Día, Mes, Año): _____

Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas involucradas e incluya el Nombre y la información de contacto de la persona (s) que discriminó (si se conoce), así como Nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, utilice la parte posterior del formulario u otra hoja de papel.

Sección 4

¿Ha llenado previamente una queja con Autoridad de Transporte del Condado de Luzerne (LCTA)? Sí No

Sección 5

¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o con cualquier tribunal federal o estatal? Sí No Sí, marque todas las que aplique y en nombre de la Agencia o Corte: Agencia

Federal: _____ Corte Federal: _____ Agencia Estado: _____

Corte Estado: _____ Agencia Local: _____

Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.

Nombre: _____ Título: _____

Agencia: _____ Número Teléfono: _____

Dirección: _____

Sección 6

Usted puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere pertinente a su queja.

Afirmo que he leído lo anterior y que es fiel a lo mejor de mi conocimiento, información y creencia. **Se requiere firma y fecha.**

Firma del Querellante

Fecha

Por favor envíe este formulario y cualquier material adicional en persona o por correo a: LCTA, Title VI Officer, 300 South Pennsylvania Ave., Wilkes-Barre, PA 18701

Si se necesita información en otro idioma, por favor llame al 570-288-9356, ext. 227.

If information is needed in another language, please call 570-288-9356, ext. 227.

Para uso Exclusivo de LCTA: Fecha Recibido:

Persona Recibe la Queja: