

Titulo VI Forma de Queja

Titulo VI del Acta de los Derechos Civiles de 1964 declara “Ninguna persona en los Estados Unidos será, por causa de su raza, color o nación de origen, ser excluido de, participar en, se le nieguen los beneficios, o ser sujeto de discriminación en virtud de cualquier programa o actividad que reciba asistencia del dinero federal”.

Por favor provea la información siguiente ya que es necesaria para poder procesar su queja. Asistencia es accesible si lo solicita. Complete esta forma y mándela por correo postal o llévela a:

Transfort/Dial – A- Ride, Title VI, 6570 Portner Road, Fort Collins, CO 80525

Usted puede encontrarnos en nuestra oficina de lunes – viernes desde las 8:00 a.m. – 5:00 p.m.

Teléfono de oficina 970-224-6161 ó usted puede mandar un correo electrónico al [TransfortInfo@fcgov.com](mailto:TransfortInfo@fcgov.com)

- 
1. Nombre del reclamante: \_\_\_\_\_
  2. Dirección: \_\_\_\_\_
  3. Ciudad: \_\_\_\_\_
  4. Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Negocio \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_
  5. Contra la persona que fue discriminada (si es otra que el reclamante)  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Número de Código \_\_\_\_\_
  6. ¿En que se basa la discriminación? (marque todas las que se apliquen)  
 Raza     Color     Bajos ingresos     Nación de origen     Ingles limitado
  7. La fecha del incidente resultado de discriminación: \_\_\_\_\_
  8. Describa como usted fue discriminado. ¿Qué paso y quien fue responsable?  
Para espacio adicional, adjunte una página adicional o use la hoja de reversa de la forma.
  9. ¿Qué representantes de Transfort/Dial –A- Ride son las personas envueltas en su alegato?
  10. ¿Dónde paso el incidente? Por favor presente lugar, número de bus, nombre del conductor, etc.

(Continúa al reverso)

Titulo VI Forma de Queja (Continúa)

11. ¿Testigos? Por favor provea la información de contacto de ellos

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Numero de Código: \_\_\_\_\_

Números de Teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Negocio): \_\_\_\_\_ (Celular): \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Numero de Código: \_\_\_\_\_

Números de Teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Negocio): \_\_\_\_\_ (Celular): \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Numero de Código: \_\_\_\_\_

Números de Teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Negocio): \_\_\_\_\_ (Celular): \_\_\_\_\_

12. ¿Usted presentó esta queja en otra agencia federal, estado o agencia local; o con una corte federal o del estado? (Marque el espacio apropiado)  Yes  No

Si la respuesta es Si, marque cada una de las agencias que la queja fue presentada:

Agencia Federal  Corte Federal  Agencia Estatal

Corte del Estado  Agencia Local  Otros

13. Provee la información de contacto de la persona de la agencia con quien usted presentó la queja:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Número de Código: \_\_\_\_\_

Fecha presentada: \_\_\_\_\_

---

Firme la queja en el espacio de abajo. Adjunte cualquier documento que usted crea que soporte su queja.

\_\_\_\_\_  
Firma del Reclamante

\_\_\_\_\_  
Fecha de la Firma