

Complaint of Discrimination

La Organización de Planificación de Transporte del Florida-Alabama permanece tanto por la Administración Federal de Tránsito y el Departamento de Programas Título / No Discriminación VI de Transporte de la Florida. Como resultado de ello, es la política de este organismo, en el **Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964; Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973; Ley de Discriminación por Edad de 1975; Sección 324 de la Ley Federal de Carreteras-Aid de 1973; Ley de Restauración de Derechos Civiles de 1987; la Ley de Derechos Civiles de Florida de 1992**, y los estatutos y reglamentos relacionados, que ninguna persona en los Estados Unidos será, sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad / impedimento o estado de ingresos, ser excluido de la participación en, ser negado los beneficios de, o ser sujeto de otro modo a discriminación o represalia bajo cualquier programa no federal con fondos federales o actividad administrada por esta agencia o sus sub-receptores.

Sección I:

Nombre Del Demandante:

Dirección Del Demandante:

Teléfono (Casa):

Teléfono (Trabajo):

Dirección De Correo Electrónico:

Requisitos formato
accessible:

Letra Grande ☐

TDD ☐

Audio Tape ☐

Otro ☐

Sección II:

¿Está presentando esta queja en su propio
nombre?

Sí* ☐

No ☐

***Si usted contestó "sí" a esta pregunta, vaya
a la Sección III.**

Si no es así, por favor provea el nombre y la relación de
la persona a la que usted se está quejando por:

Nombre:

Relación:

Por favor, explique por qué usted ha presentado por una tercera persona:

Por favor, confirma que ha obtenido el permiso de la parte
perjudicada, si usted está presentando en nombre de un
tercero:

Si ☐

No ☐

Sección III:

Creo que la discriminación que experimenté fue basado en (marque todo lo
que corresponda):

☐ Raza

☐ Color

☐ Origen Nacional

☐ Sexo

☐ Edad

☐

☐ Estado de Ingresos

☐ Represalias

Handicap/Discapacidad

☐ Otro

Fecha de la Discriminación Presunta:

Explique lo más claramente posible lo que pasó y por qué cree que fue discriminado. Describa todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que lo discriminó (si se conoce), así como los nombres y la información de los testigos en contacto. Si se necesita más espacio, por favor use el reverso de este formulario.

Sección IV

¿Ha presentado previamente una queja del Título VI con esta agencia? Si ☐ No ☐

Sección V

¿Ha presentado esta queja ante cualquier otro, estatal o agencia local Federal, o ante cualquier tribunal federal o estatal? Si ☐ No ☐

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

☐ Agencia federal ☐ Tribunal Federal:
☐ Agencia Estatal: ☐ Tribunal Estatal:
☐ Agencia Local:

Sección VI

Por favor provea información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la denuncia.

Nombre:	Título:
Agencia:	Teléfono:
Dirección:	

Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que usted piensa que es relevante para su queja.

Demandante (s) o recurrente (s) Representantes Firma Del:	Fecha de la firma:
---	--------------------

Por favor envíe este formulario en persona en la dirección abajo, o envíe este formulario a:

Florida-Alabama TPO
Leandra Meredith, Coordinador del Título VI
4081 E. Olive Rd. Pensacola, Florida 32401
(850) 332-7976 Teléfono (850) 637-1923 Fax
leandra.meredith@ecrc.org

Sólo para uso interno:

Fecha De Recibimiento por Florida-Alabama TPO:	Fecha De La Investigación Completada:	Investigador Asignado:
--	---------------------------------------	------------------------