

Formulario de Queja de St. Joseph Transit Titulo VI

La demanda debe ser presentada 180 días después del incidente presunto.

Sección I:				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono (casa):		Teléfono (trabajo):		
Electronic Mail Address:				
¿Exigencias de Formato Accesibles?	Letra Grande		Cinta de Audio	
	TDD		Otro	
Sección II:				
¿Usted esta presentando esta demanda en su propio nombre?		Si*	No	
*Si usted conteste sí a esta pregunta, vaya a la Sección III.				
Si no, por favor suministre el nombre y la relación de la persona para quien usted esta haciendo la demanda				
Por favor explique por qué usted ha presentado como tercera parte: _____				
Por favor confirme que usted ha obtenido el permiso del partido apenado si usted archiva de parte de una tercera parte		Si	No	
Sección III:				
Creo que la discriminación que experimenté estaba basado en (compruebe todo lo que se aplica): ☐ Raza ☐ Color ☐ El origen de nación Fecha de Discriminación Presunto (Mes, Día, Año): _____ Explique claramente lo que pasó y por que usted cree que usted fue discriminado contra. Describa todas las personas que estuvieron implicadas. Incluye el nombre y la información de contacto de la persona(s) que discriminó contra usted (si es conocido) así como nombres y la información de cualquier testigo. Si más espacio es necesario, por favor use la espalda de esta forma. _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____				
Sección IV				

¿Ha presentado anteriormente una demanda del Título VI con esta agencia?	Si	No
Sección V		
¿Ha presentado esta demanda con cualquier otra agencia, estatal o local, o con cualquier tribunal del Estado Federalo?		
☐ Si ☐ No In caso afirmativo, marque todo lo que corresponda: [Agencia Federal: _____ ☐ Corte Federal ☐ Tribunal Estatal _____ ☐ Agencia Estatal ☐ Agencia Local _____		
Por favor proporcione la información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde la demanda fue presentado archive.		
Nombre: _____		
Título: _____		
Agencia: _____		
Dirección: _____		
Teléfono: _____		
Sección VI		
El nombre de la agencia cual la demanda es contra: _____		
Persona de contacto: _____		
Título: _____		
Teléfono: _____		

Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra informacion que usted considere relevante para su demanda..

Firma y fecha requerida abajo.

Firma _____ Fecha _____

Por favor, presente esta forma en persona a la dirección indicada más abajo, o envíe por correo este formulario a:

Title VI Administrator
 1100 Frederick, Room 204
 St. Joseph, MO 64501