

Se puede obtener un formulario de queja o se puede presentar un reclamante en una declaración escrita que contenga la siguiente información:

a. El formulario de queja se puede recoger de nuestra oficina local, sitio web, o de los conductores de tránsito. SI NECESITA INFORMACION EN OTRO IDIOMA LLAME (903)872-2405 o 1(800)834-1924. If information is needed in another language, call (903)872-2405 o 1(800)834-1924.

Oficina: Community Transit Service
302 Hospital Drive
Corsicana, Texas 75110

Sitio web: www.csicorsicana.org

- b. Nombre, dirección y número de teléfono del reclamante.
- c. Nombres de la (s) persona (s) que supuestamente discriminaron en su contra, si se conocen.
- d. Fecha (s) de presunta discriminación.
- e. Ubicación del presunto incidente.
- f. Tipo de supuesta discriminación.
- g. Explique qué sucedió y cómo cree que fue discriminado.
- h. Nombre, direcciones y números de teléfono de la persona que puede tener conocimiento del evento.
- i. ¿Qué otra información usted tiene que usted cree es relevante a esta investigación?
- j. ¿Ha presentado una queja ante CTS antes? Si es así, incluya: cuándo, dónde y cómo.
- k. Firma y fecha del reclamante.
- l. La queja puede ser enviada por correo electrónico a kragan@csicorsicana.org o por correo a CTS en P.O. Box 612, Corsicana, Tx.75151-0612, o por fax al 1 (903) 875-3779.

Exposición B

Formulario De Quejas Title VI

Community Transit Service centra sus esfuerzos en garantizar que nadie sea excluido de la participación en sus servicios ni que se nieguen los beneficios de estos, con base en raza, color u origen nacional, en conformidad con las disposiciones del Title VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y enmiendas. Las quejas bajo el Title VI deben presentarse en el transcurso de 180 días a partir de qué ocurre la discriminación supuesta.

La información siguiente es necesaria para ayudarnos en el procesamiento de su queja. Si requiere ayuda para llenar este formulario, le agradeceremos que se dirija al Title VI Coordinator, al teléfono (903) 872-0561. SI NECESITA INFORMACION EN OTRO IDIOMA LLAME (903)872-2405 o 1(800)834-1924. **If information is needed in another language, call (903)872-2405 or 1(800)834-1924.**

El formulario completo debe devolverse al Title VI Coordinator, Community Transit Service P.O. Box 612, Corsicana, Texas 75151-0612. También puede enviar por fax un formulario de queja a (903) 872-0561 o exploración y correo electrónico a kragan@csicorsicana.org.

1. Su nombre: _____

2. Dirección: _____

3. Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

4. Teléfono (Casa): _____ (Segundo): _____

5. Persona discriminada (si alguien que no sea el demandante):

El Nombre: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

6. ¿Cuál de los siguientes mejor describe la razón por la supuesta discriminación

Marque Uno:

a. Raza/Color: Sí ____ No ____

Fecha del incidente: _____

b. Nacionalidad: Sí ____ No ____

Hora del incidente: _____

7. ¿En qué fecha se hizo la supuesta discriminación ocurren? _____

8. Por favor, describa el supuesto incidente de discriminación. Proporcione los nombres y títulos de

todos los empleados de Community Transit Service involucrados, si cuenta con la información.
Explique lo sucedido; quien considera que fue responsable; y otra información específica pertinente.
(Por favor, use el reverso de este formulario si requiere espacio adicional.)

9. Ha presentado alguna queja ante otra agencia federal, estatal o local con respecto a este incidente?
(Marque Uno) SI___ No___

10. Si la respuesta es afirmativa, por favor, a continuación enumere la agencia o agencias y la información de contacto:

Agencia: _____ Número de contacto: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ___ Código Postal: _____

11. Confirmo que he leído el cargo que se indica arriba y que es verdadero hasta donde tengo conocimiento.

Firma del declarante: _____ Fecha: _____

ie o escriba en letra de imprenta el nombre del declarante

Fecha de Recepcion: _____

Recibido por: _____