

La sistema de tránsito de COOK COUNTY

Formulario de Queja del Título VI

Sección I:				
Nombre:				
dirección:				
Teléfono (Casa):			Teléfono (Trabajo):	
Dirección de Correo Electrónico:				
Requisitos formato accesible?	Letra Grande		Audio Tape	
	TDD		Other	
Sección II:				
¿Está usted presentando esta queja en su propio nombre?			Si*	No
* Si usted contestó "sí" a esta pregunta, ve a la sección III.				
Si no es así, por favor proporcione el nombre y la relación de la persona a la que usted se queja:				
Por favor, explique por qué usted ha presentado por un tercero:				
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):				
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Familia o Estado religioso <input type="checkbox"/> Otro (explicar) _____				
Fecha de la Discriminación Presunta (Mes, Día, Año): _____				
Explique lo más claramente posible lo que pasó y por qué cree que fue discriminado. Describir 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 contacto con los testigos. Si se necesita más espacio, por favor use el reverso de este formulario. _____ _____				
Sección IV:				
¿Ha presentado anteriormente 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 con cualquier tribunal federal o estatal?
 Sí No
 En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:
 Agencia Federal: _____
 Tribunal Federa: _____ Agencia Estatal: _____
 Tribunal Estatal: _____ Agencia Local: _____

Sírvanse proporcionar información acerca de una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.

Nombre: _____

título: _____

agencia: _____

dirección: _____

Teléfono: _____

Sección VI:

Nombre de la agencia de queja es en contra: _____

Persona de contacto: _____

título: _____

Teléfono: _____

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

Firma y fecha requerida a continuación

Firma Fecha

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

County Administrator
 1200 S. Hutchison Ave.
 Adel, GA 31620