

## La sistema de tránsito de COOK COUNTY

### Formulario de Queja del Título VI

|  |              |  |                     |    |
|--|--------------|--|---------------------|----|
| <b>Sección I:</b>  |              |  |                     |    |
| Nombre:  |              |  |                     |    |
| dirección:   |              |  |                     |    |
| Teléfono (Casa):   |              |  | Teléfono (Trabajo): |    |
| Dirección de Correo Electrónico:   |              |  |                     |    |
| Requisitos formato accesible?  | Letra Grande |  | Audio Tape          |    |
|  | TDD          |  | Other               |    |
| <b>Sección II:</b>   |              |  |                     |    |
| ¿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 |
| <b>Sección III:</b>  |              |  |                     |    |
| 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<br><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. _____<br>_____ |              |  |                     |    |
| <b>Sección IV:</b>   |              |  |                     |    |
| ¿Ha presentado anteriormente una queja del Título VI con esta agencia?   |              |  | Si                  | No |

|                   |
|-------------------|
| <b>Sección V:</b> |
|-------------------|

¿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: \_\_\_\_\_

Tribunal Estatal: \_\_\_\_\_

Agencia 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