|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Title VI Complaint Form | | | | | | | | | | |
| **TÍTULO VI FORMULARIO DE QUEJA** | | | | | | | | | | |
| De acuerdo con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA), el Condado designó a un individuo como Coordinador del Título VI / ADA del Condado. El Coordinador es responsable de aceptar quejas de discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad, religión y estado familiar en la prestación de servicios, actividades, programas o beneficios provistos por el Condado. Las quejas se presentarán por escrito dentro de los siguientes plazos: | | | | | | | | | | |
| **Título VI: a más tardar 180 días a partir de la fecha** de la supuesta discriminación | | | | | | | | | |  | |
| **ADA: a más tardar 60 días a partir de la fecha** de la supuesta discriminación | | | | | | | | |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Las quejas incluirán el nombre, la dirección y el número de teléfono del demandante, junto con la ubicación, la fecha y la descripción del problema. Las quejas se procesarán de acuerdo con la ley aplicable. | | | | | | | | | | |
| El Condado de Marion no discrimina por raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad, religión o estado familiar en ningún programa o servicio. Las personas con preguntas sobre la no discriminación o aquellos que necesitan alojamiento especial bajo la ADA o los servicios de idiomas deben comunicarse con **Director de Transporte al (352) 620-3071**. | | | | | | | | | | |
| Para presentar una queja, complete el siguiente formulario y envíe por correo a Marion Senior Services, Inc. d/b/a Marion Transit al 1101 SW 20th Court, FL 34471. | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **Envíe este formulario por correo electrónico a transit@marionseniorservices.org, en persona a la dirección que aparece a continuación, o envíe este formulario por correo a:** | | | | | | | | | | |
| **Marion Senior Services, Inc. d/b/a Marion Transit** | | | | | | | | | | |
| **ATTN: Transportation Director** | | | | | | | | | | |
| **1101 SW 20th Court** | | | | | | | | | | |
| **Ocala, FL 34471** | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Presentar una queja de Derechos Civiles / ADA:** | | | | | | |  |  |  | |  | | |
| **Sección I** | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |
| Nombre: |  | | | | | | | | | | |
| Dirección: | |  | | | | | | | | | |
| Teléfono (casa): | | |  | | | | Trabajo: |  | | | |
| Dirección de correo electrónico: | | | |  | | | | | | | |
| Requisitos de formato accesible (círculo): | | | | | |  |  |  |  | |  | | |
|  |  |  |  | Letra grande | | Cinta de audio | | TDD |  | Otro | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |
| **Sección II** | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |
| ¿Está llenando esta queja en su propio nombre? | | | | | | [ ] | Si | [ ] | No | |  | | |
| \* Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III | | | | | | |  |  |  | |  | | |
| De lo contrario, proporcione el nombre de la relación de la persona por la que se queja: | | | | | | | | | | |  | | |
| Nombre |  | | | | | Relación |  | | | | |
| Explique por qué ha solicitado un tercero: | | | | | |  |  |  |  | |  | | |
| Confirme que ha obtenido el permiso de la parte perjudicada si está presentando una demanda en nombre de un tercero. | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | [ ] | Si | [ ] | No |  |  | |  | | |
| **Sección III** | | |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |
| Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda): | | | | | | | | | | | |
| [ ] | Raza | | [ ] | Color | [ ] | Origen Nacional | | [ ] | Género | |  | | |
| [ ] | Edad | | [ ] | Religión | [ ] | Discapacidad | | [ ] | Estado familiar | | |
| Fecha de presunta discriminación (Mes, Día, Año) | | | | | | |  |  |  | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Explique lo más claramente posible qué sucedió y por qué cree fue discriminado. Describe a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya la información del nombre y del contacto de la persona (s) que lo discriminó (si lo sabe), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Incluya cualquier otra información que nos ayude en nuestra investigación de las alegaciones. También proporcione cualquier otra documentación que sea relevante para esta queja. | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |
| **Sección IV** | | |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |
| ¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal? | | | | | | | | | | | |
| [ ] | Si | | [ ] | No |  |  |  |  |  | |  | | |
| En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda: | | | | | | |  |  |  | |  | | |
| [ ] | Agencia Federal | | |  | [ ] | Agencia del Estado | | |  | |  | | |
| [ ] | Corte Federal | | |  | [ ] | Agencia Local | |  |  | |  | | |
| [ ] | Tribunal Estatal | | |  |  |  |  |  |  | |  | | |
| Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja. | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | | | | | | |
| Título: |  | | | | | | | | | | |
| Agencia: |  | | | | | | | | | | |
| Dirección: | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: | |  | | | | | | | | | |
| **Sección V** | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |
| El nombre de la queja de la agencia está en contra: | | | | | | |  |  |  | |  | | |
| Persona de contacto: | | | |  | | | | | | | |
| Número de Teléfono: | | | |  | | | | | | | |
| **Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su reclamo.** | | | | | | | | | | | |
| Firma |  | | | | | | Fecha |  | | | |