

Formulario de Denuncia de Discriminación Título VI

Número de caso _____

Nota: Le pedimos la siguiente información para ayudarnos a tramitar su queja. Si necesita ayuda para para completar este formulario, háganoslo saber. Si usted no puede complementar el formulario personalmente, el Coordinador del Título VI le ayudará a hacerlo en un momento conveniente para ambas partes. Simplemente llame al 615-790-4005 para hacer una solicitud. Si el Coordinador del Título VI le ayuda a rellenar el formulario, deberá firmarlo para validar la información facilitada.

1.

Nombre del Demandante: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado y Código Postal: _____

Número de teléfono - particular (____) _____

Empresa (____) _____

2.

Persona discriminada (si no es el demandante)

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado y Código postal: _____

Número de teléfono (____) _____

3.

¿Cuál es el nombre y la ubicación de la persona/entidad que cree que le ha discriminado?

Nombre: _____

ubicación: _____

4.

¿Cual de las siguientes opiniones describe mejor la razón por la que cree que se produjo la discriminación? Fue por su culpa:

a. Raza (especifique por qué)

b. Color (especifique por qué)

c. Origen nacional (especifique por qué)

d. En qué fecha tuvo lugar la supuesta discriminación?

(Debe ser durante los últimos 180 días)

5.

Con sus propias palabras, describa la presunta discriminación. Explique qué ocurrió y quién cree que fue responsable

(Utilice más hojas o el reverso de esta página, si es necesario)

6.

¿Ha intentado resolver esta queja a través de los procedimientos internos de reclamación?

_____ Si

_____ No

En caso afirmativo, ¿en qué situación se encuentra la reclamación?

Nombre y cargo de la persona encargada del procedimiento de reclamación

Nombre _____ Cargo _____

7.

¿Ha presentado esta queja ante algún otro organismo federal, estatal o local; o ante algún tribunal federal o estatal? _____ Si _____ No

En caso afirmativo, marque todas las que procedan:

Agencia federal _____

Tribunal federal _____

Agencia estatal _____

Tribunal estatal _____

Agencia local _____

8.

Por favor, facilite información sobre una persona de contacto en el otro organismo/tribunal donde se presentó la denuncia:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, y Código postal: _____

Número de teléfono (____) _____

9.

¿Tiene intención de presentar esta queja ante otra agencia?

_____ Si _____ No

En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde piensa presentar la denuncia? If yes, when and where do you plan to file the complaint?

Fecha: _____

Agencia: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, y Código postal: _____

Número de teléfono (____) _____

10.

¿Se ha presentado antes la reclamación ante Franklin Transit?

_____ Si _____ No

En caso afirmativo, ¿cuándo? ¿En qué fecha?

11.

¿Ha presentado alguna otra queja por discriminación ante The Franklin Transit Authority?

_____ Yes _____ No

En caso afirmativo, ¿cuándo y contra quién se presentaron?

Fecha: _____

Agencia: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, and Código Postal _____

Número telefónico (____) _____

12.

Por favor, firme y feche este formulario. Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere pertinente para su queja.

Firma del Demádate

Fecha

Si esta forma fue completada por otra persona distinta del demandante, por favor facilite información sobre quién ha ayudado al ciudadano con este documento