

TITULO VI FORMULARIO DE QUEJAS**Sección 1**

Nombre: _____

Dirección: _____
Dirección: Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono (Hogar): _____ Teléfono (Alternativo): _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Si necesita formatos accesibles, marque la casilla correspondiente:

 Impresión Grande Cinta de Audio TDD Otro, Especifique _____**Sección 2**¿Está llenando esta queja usted mismo? Sí (Sí, ir a la Sección 3) No (No, ir siguiente línea)

Por favor proveer el Nombre y Dirección de la persona que alega discriminación:

Nombre: _____

Dirección: _____
Dirección: Calle Ciudad Estado Código Postal

Por favor explique por qué está llenando este formulario para un tercero:

Por favor confirme que ha obtenido permiso. Sí No**Sección 3**

Creo que la discriminación experimentada se basó en (marque todas las que apliquen):

 Raza Color Origen Nacionalidad (incluye limitaciones en Idioma inglés)

Fecha de la alegada discriminación (Día, Mes, Año): _____

Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas involucradas e incluya el Nombre y la información de contacto de la persona (s) que discriminó (si se conoce), así como Nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, utilice la parte posterior del formulario u otra hoja de papel.

_____**Sección 4**¿Ha llenado previamente una queja con El Sistema de Transito de Lackawanna (COLTS)? Sí No**Sección 5**¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o con cualquier tribunal federal o estatal? Sí No Sí, marque todas las que aplique y en nombre de la Agencia o Corte: AgenciaFederal: _____ Corte Federal: _____ Agencia Estado: _____ Corte Estado: _____ Agencia Local: _____

Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.

Nombre: _____ Título: _____

Agencia: _____ Número Teléfono: _____

Dirección: _____

Sección 6*Usted puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere pertinente a su queja.*Afirmo que he leído lo anterior y que es fiel a lo mejor de mi conocimiento, información y creencia. **Se requiere firma y fecha.**

Firma del Querellante _____

Fecha _____

Por favor envíe este formulario y cualquier material adicional en persona o por correo a: COLTS, Title VI Compliance Officer, 800 North South Road, Scranton, PA 18504.

Si se necesita información en otro idioma, por favor llame al 570-346-2061, extensión 1263***If information is needed in another language, please call 570-346-2061, extension 1263*****Para uso Exclusivo de COLTS:** Fecha Recibido: _____

Persona Recibe la Queja: _____