

Formulario de Queja de la Autoridad de Transporte del Distrito Capital Titulo VI

Seccion I:				
Nombre:				
Direccion:				
Telefono (Domicilio):			Telefono (Trabajo):	
Correo Electronico:				
Requisitos de format accesible?	Letra de gran tamaño		Cinta de audio	
	TDD		Otro	
Seccion II:				
Esta llenando esta queja en su nombre?		Si*	No	
*Si usted contesto si, vaya a la seccion III.				
Si no, por favor escriba el nombre y la relation de la persona quien se queja:				
Explique por que usted esta presentando esta denuncia para alguien:				
Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si estas presentando esta queja para alguien.		Si	No	
Seccion III:				
Creo que la discriminación fue debido a: (Marque todas las que se aplican):				
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen National				
Fecha de los hechos (Mes, Dia, Ano): _____				
Explicar lo mas claramente posible lo que sucedio y por que usted cree que fueron discriminados. Describir a todas las personas que participatron. Incluir los nombres y en contacto con informacion de las personas que discrimino (si se conoce) asi como los nombres e informacion de contacto de cualquier testigo.				
_____ _____				
Seccion IV				
Has presentado anteriormente la denuncia Titulo VI con esta agencia?		Si	No	
Seccion V				

