

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

<b>Seccion I:</b>				
Nombre:				
Direccion:				
Telefono (Domicilio):			Telefono (Trabajo):	
Correo Electronico:				
Requisitos de format accesible?	Letra de gran tamano		Cinta de audio	
	TDD		Otro	
<b>Seccion II:</b>				
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	
<b>Seccion III:</b>				
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.				
_____ _____				
<b>Seccion IV</b>				
Has presentado anteriormente la denuncia Titulo VI con esta agencia?		Si	No	
<b>Seccion V</b>				

Has alguna vez presentado una queja ante cualquier otra agencia Federal, Estatal, o local, o con cualquier tribunal Federal o Estatal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Si su respuesta es afirmativa marque todas las que se aplican:		
<input type="checkbox"/> Agencia Federal	<input type="checkbox"/> Tribunal Federal	
<input type="checkbox"/> Agencia Estatal	<input type="checkbox"/> Tribunal Estatal	<input type="checkbox"/> Agencia Local
Por favor produce la informacion sobre una persona de contacto en la agencia/corte donde delvolvio la queja .		
Nombre:		
Titulo:		
Agencia:		
Direccion:		
Telefono:		
Seccion VI		
Nombre de la agencia que la denuncia es contra:		
Persona de contacto:		
Titulo:		
Telefono:		

Usted puede conectar cualquier material escrito u ortra informacion que usted piensa que es relevante a su queja.

Obligatorio su Firma Y la Fecha

\_\_\_\_\_

Firma

Fecha

Por Favor envíe este formulario en persona a la dirección siguiente, o envíe por correo a:

Coordinador(a) de CDTA para el Titulo VI  
 110 Watervliet Ave.  
 Albany NY 12206