

YVEDDI Transporte Público

Formulario de Queja ADA / Título VI

Antecedentes

Este formulario se utiliza tanto para quejas relacionadas con el **Título VI** como con la **Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA)**.

La **Ley de Derechos Civiles de 1964 (Título VI)** identifica tres clases protegidas: **raza, color y origen nacional**, y permite que la persona denunciante seleccione una o más de estas clases protegidas como base de la discriminación. Si alguna de las poblaciones con **Dominio Limitado del Inglés (LEP)** en nuestra área de servicio cumple con el umbral de **Puerto Seguro**, el procedimiento se proporcionará en inglés y en cualquier otro idioma hablado por las poblaciones LEP que cumplan con dicho umbral.

La **Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA)** establece que ninguna persona con discapacidad podrá, por motivo de su discapacidad, ser excluida de participar, ser privada de los beneficios o ser objeto de discriminación bajo ningún programa, servicio o actividad financiada con fondos federales.

[Nombre de la Agencia] se compromete a proporcionar servicios sin discriminación para garantizar que ninguna persona sea excluida de la participación, privada de beneficios o discriminada en la prestación de servicios por motivos de **raza, color u origen nacional**, según lo protegido por el **Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964**, así como a garantizar que ninguna persona con discapacidad sea excluida, privada de beneficios o discriminada por motivo de discapacidad, conforme a lo establecido en la **Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA)**.

Si considera que ha sido objeto de discriminación, proporcione la siguiente información necesaria para facilitar el procesamiento de su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario o tiene preguntas, no dude en comunicarse con el/la **Coordinador(a) de ADA/Título VI** al **[Teléfono de la Agencia]**.

Una vez completado, devuelva una copia firmada y fechada a:

YVEDDI Transporte Público: 336-367-3533

JPHILLIPS@YVEDDI.COM

Apartado Postal (PO Box) 309

Boonville, NC 27011

Nota: La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita asistencia para completar este formulario, llame al [Teléfono de la Agencia].

Seleccione una opción:

Queja ADA o **Queja Título VI**

Parte I

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Formatos adicionales requeridos:

Ninguno TDD

Letra grande Grabación de audio

Otro: _____

Parte II

¿Está presentando esta queja en su propio nombre?

Sí – Continúe a la Parte III

No – Proporcione el nombre de la persona y su relación con ella:

Nombre de la persona: _____

Relación: _____

Explique por qué presenta esta queja en nombre de un tercero:

Confirmación:

He obtenido autorización de la persona afectada para presentar esta queja en su nombre.

No he confirmado la autorización para presentar esta queja en nombre de la persona afectada.

Parte III

Creo que la discriminación que experimenté se basó en:

- Raza
- Color
- Origen nacional
- Mi discapacidad
- Otro: _____

Fecha de la presunta discriminación: _____

Explique con la mayor claridad posible qué ocurrió y por qué considera que fue discriminado(a). Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que presuntamente discriminó(aron) en su contra (si se conoce), así como los nombres y datos de contacto de cualquier testigo.

Parte IV

¿Ha presentado anteriormente una queja ADA y/o Título VI ante esta agencia?

- Sí
- No

Parte V

¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal?

- Sí
- No

Si respondió “Sí”, marque todas las que correspondan:

- Agencia federal Tribunal federal
- Agencia estatal Tribunal estatal
- Agencia local

Proporcione la información de contacto de la agencia o tribunal donde se presentó la queja:

Nombre: _____

Cargo: _____

Agencia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Parte VI

Nombre de la agencia contra la cual se presenta la queja: _____

Persona de contacto: _____

Cargo: _____

Teléfono: _____

Aviso Importante

Para proteger sus derechos, su queja debe presentarse dentro de los **180 días** posteriores a la fecha de la presunta discriminación. No presentar la queja dentro de este plazo puede resultar en el **rechazo de la misma**.

Puede adjuntar a este formulario cualquier material escrito adicional u otra información que considere relevante para su queja.

Firma requerida

Firma de la persona que presenta la queja

Fecha