

Sistema de Tránsito Público del Condado de Bay

Formulario de quejas del Título VI

El Sistema de Tránsito Público del Condado de Bay se compromete a garantizar que ninguna persona sea excluida de participación o negación de los beneficios de su programa, política o actividad de tránsito por motivos de raza, color u origen nacional según lo protegido por el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, según enmendada. Si cree que ha sido objeto de discriminación en virtud del Título VI, puede presentar una queja por escrito ante el Sistema de Tránsito Público del Condado de Bay.

Por favor, proporcione la siguiente información para procesar su queja. La asistencia está disponible bajo petición. El formulario completado debe ser devuelto a:

Sistema de Tránsito Público del Condado de Bay
1021 Massalina Drive Ciudad de Panamá, Florida 32401
A la atención de: Lamar Hobbs, Coordinador del Título VI
Teléfono (850) 248-8167
O envíe un correo electrónico a lhobbs@baycountyfl.gov

Sección I:		
Nombre del demandante (s):		
Dirección:		
Teléfono (Hogar):	Teléfono (Trabajo):	Dirección de correo electrónico:
Sección II:		
Nombre del / de la / los Representante / s de la demandante:		
Relación (por ejemplo, amigo, abogado, padre, etc.):		
Dirección:		
Teléfono (Hogar):	Teléfono (Trabajo):	Dirección de correo electrónico:
Sección III:		
¿En qué se basó la discriminación? (marque todo lo que corresponda):		
<input type="checkbox"/> Carrera	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Origen nacional

fecha del incidente:	fecha del incidente:				
Lugar donde ocurrió el incidente:					
Nombre de la persona que supuestamente lo sometió a discriminación del Título VI:					
Sección IV:					
¿Alguien más fue testigo del incidente? (Si es así, enumere testigos)					
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No				
Nombre del testigo:					
Dirección:					
Teléfono (Hogar):					
Sección V:					
¿Ha presentado esta queja ante alguna agencia / corte federal, estatal o local?					
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No				
En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:					
<input type="checkbox"/> Federal	<input type="checkbox"/> Corte federal	<input type="checkbox"/> Estado	<input type="checkbox"/> Corte estatal	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Corte local
Por favor proporcione el nombre de la Agencia / Corte donde se presentó la queja.					
Nombre:	Título:				
Agencia:	Teléfono:				

Por la presente juro / afirmo que la información que he proporcionado con respecto a esta Reclamación del Título VI es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Firma del demandante / representante:

Fecha: