



ESCAMBIA COUNTY AREA TRANSIT TÍTULO VI QUEJA Forma

ECAT se compromete a garantizar que ninguna persona queda excluida de la participación o denegación de los beneficios de sus servicios sobre la base de raza, color u origen nacional, según lo dispuesto por el título VI de la ley de derechos civiles de 1964, en su versión modificada. Las quejas del título VI deben presentarse dentro de los 180 días a partir de la fecha de la presunta discriminación.

El componente de justicia ambiental del título VI garantiza un trato justo para todas las personas y prevé la ECAT, para identificar la dirección, según proceda, los efectos desproporcionadamente elevados y adversos de sus programas, políticas y actividades en materia de minorías y de bajos ingresos poblaciones, como la realización de medidas razonables para garantizar que las personas con dominio del inglés limitado (LEP) tengan un acceso significativo a los programas, servicios e información que proporciona ECAT.

| | | | | |
|--|------------------|--|---------------------|----|
| Sección I: | | | | |
| Nombre: | | | | |
| Dirección: | | | | |
| Teléfono (casa): | | | Teléfono (trabajo): | |
| Dirección de correo electrónico: | | | | |
| ¿Requisitos de formato accesible? | Impresión grande | | Cinta de audio | |
| | Tdd | | Otro | |
| Sección II: | | | | |
| ¿Está presentando esta queja en su propio nombre? | | | Sí | No |
| * Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la sección III. | | | | |
| Si no es así, proporcione el nombre y la relación de la persona para la que se queja: | | | | |
| Por favor explique por qué ha solicitado un tercero: _____ | | | | |
| Por favor confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si está presentando en nombre de un tercero. | | | Sí | No |
| Sección III: | | | | |
| Creo que la discriminación que experimenté se basó en (Marqué todas las que apliquen): | | | | |
| <input type="checkbox"/> Carrera <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen nacional <input type="checkbox"/> edad | | | | |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Estado familiar o religioso <input type="checkbox"/> Otro (explique) _ _ _ _ _ | | | | |
| Fecha de presunta discriminación (mes, día, año): _____ | | | | |
| Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que discriminó en su contra (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Si se necesita más espacio, por favor utilice la parte posterior de este formulario. | | | | |

