

FORMULARIO DE QUEJAS DEL TÍTULO VI/ADA de Places for People

"Ninguna persona podrá, en los Estados Unidos, por motivos de raza, color o nacionalidad, ser excluida de la participación en, negársele los beneficios de, o ser objeto de discriminación en virtud de cualquier programa o actividad que reciba asistencia financiera federal".

Si considera que se le ha discriminado en la prestación de servicios de transporte, facilítenos la siguiente información para que nos ayude a tramitar su queja. Si necesita ayuda para llenar este formulario o la información en formatos alternativos, háganoslo saber.

Envíe este formulario por correo o remítalo a

Director de cumplimiento.
Places for People
Calle Lynch 1001
San Luis, MO 63118

POR FAVOR, IMPRIMIR

1. Nombre del demandante:		
a. Dirección:		
b. Ciudad:	Provincia:	Código postal:
c. Teléfono (incluya el prefijo) Casa () o Celular () Trabajo () - () -		
d. Dirección de correo electrónico (e-mail):		
¿Prefiere que le contactemos a través de esta dirección de correo electrónico? () SÍ () NO		
2. ¿Necesita un formato accesible del formulario? () SÍ especifique: _____ () NO		
3. ¿Presenta esta denuncia en su propio nombre? () SÍ En caso afirmativo, pase a la pregunta 7. () NO En caso negativo, pase a la pregunta 4		
4. Si respondió NO en la pregunta 3, indique su nombre y dirección.		
a. Nombre de la persona que presenta la queja:		
b. Dirección:		
c. Ciudad:	Provincia:	Código postal:
d. Teléfono (incluya el prefijo) Casa () o Celular () Trabajo () - () -		
e. Dirección de correo electrónico (e-mail):		
¿Prefiere que le contactemos a través de esta dirección de correo electrónico? () SÍ () NO		
5. ¿Cuál es su relación con la persona por quien presenta la queja?		
6. Confirme que obtuvo el permiso de la parte perjudicada si presenta la demanda en nombre de un tercero. () SÍ, tengo autorización. () NO, no tengo autorización.		
7. Creo que la discriminación que sufrí se basó en (marque todo lo que corresponda): () Raza () Color () Nacionalidad (clases protegidas por el Título VI) () Discapacidad (clase protegida por la ADA).() Discapacidad (clase protegida por ADA) () Otros (especifique)		

Continúa en
FORMULARIO DE QUEJAS DEL TÍTULO VI; PÁGINA 2

8. Fecha de la supuesta discriminación (día, mes, año):
9. ¿Dónde se dio la supuesta discriminación?
10. Explique lo más claramente posible lo sucedido y por qué cree que se le discriminó. Describa a todas las personas implicadas. Incluya el nombre y los datos de contacto de la persona o personas que le discriminaron (si los conoce). Use el reverso de este formulario o de las páginas separadas si necesita espacio adicional.
11. Indique los nombres de todos los testigos y sus números de teléfono o información de contacto. Use el reverso de este formulario o de las páginas separadas si necesita espacio adicional.
12. ¿Qué tipo de medidas de corrección le gustaría que se adoptaran?
13. ¿Ha presentado alguna queja ante otro organismo federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal? () Sí En caso afirmativo, marque todas las que correspondan. () NO a. () Agencia federal (Indique el nombre de la agencia) b. () Tribunal Federal (Indique la ubicación) c. () Tribunal estatal d. () Agencia estatal (especifique la agencia) e. () Tribunal del condado (Especifique el tribunal y el condado) f. () Agencia local (especifique la agencia)
14. Si la respuesta a la pregunta 14 es afirmativa, facilite información acerca de una persona de contacto en el organismo o tribunal donde se presentó la denuncia. Nombre: _____ Rol: _____ Agencia: _____ Teléfono: () - _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Provincia: _____ Código postal: _____

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere que sea pertinente a su queja.

Se requiere de su firma y la fecha:

Firma

Fecha

Si ha llenado las preguntas 4, 5 y 6, se requiere de su firma y la fecha:

Firma

Fecha

Si necesita información en otro idioma, contacte al Director de Cumplimiento en 1001 Lynch St., St. Louis, MO 63118, o por el 314-535-5600.