|  |
| --- |
| Title VI Complaint Form |
| **TÍTULO VI FORMULARIO DE QUEJA** |
| De acuerdo con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA), el Condado designó a un individuo como Coordinador del Título VI / ADA del Condado. El Coordinador es responsable de aceptar quejas de discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad, religión y estado familiar en la prestación de servicios, actividades, programas o beneficios provistos por el Condado. Las quejas se presentarán por escrito dentro de los siguientes plazos: |
| **Título VI: a más tardar 180 días a partir de la fecha** de la supuesta discriminación |  |
| **ADA: a más tardar 60 días a partir de la fecha** de la supuesta discriminación |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Las quejas incluirán el nombre, la dirección y el número de teléfono del demandante, junto con la ubicación, la fecha y la descripción del problema. Las quejas se procesarán de acuerdo con la ley aplicable. |
| El Condado de Marion no discrimina por raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad, religión o estado familiar en ningún programa o servicio. Las personas con preguntas sobre la no discriminación o aquellos que necesitan alojamiento especial bajo la ADA o los servicios de idiomas deben comunicarse con **Director de Transporte al (352) 620-3071**. |
| Para presentar una queja, complete el siguiente formulario y envíe por correo a Marion Senior Services, Inc. d/b/a Marion Transit al 1101 SW 20th Court, FL 34471. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Envíe este formulario por correo electrónico a transit@marionseniorservices.org, en persona a la dirección que aparece a continuación, o envíe este formulario por correo a:** |
| **Marion Senior Services, Inc. d/b/a Marion Transit** |
| **ATTN: Transportation Director** |
| **1101 SW 20th Court** |
| **Ocala, FL 34471** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Presentar una queja de Derechos Civiles / ADA:** |  |  |  |  |
| **Sección I** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre: |   |
| Dirección: |   |
| Teléfono (casa): |   | Trabajo: |   |
| Dirección de correo electrónico: |   |
| Requisitos de formato accesible (círculo): |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Letra grande | Cinta de audio | TDD |  | Otro |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Sección II** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Está llenando esta queja en su propio nombre? | [ ] | Si | [ ] | No |  |
| \* Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III |  |  |  |  |
| De lo contrario, proporcione el nombre de la relación de la persona por la que se queja: |  |
| Nombre |   | Relación |   |
| Explique por qué ha solicitado un tercero: |  |  |  |  |  |
| Confirme que ha obtenido el permiso de la parte perjudicada si está presentando una demanda en nombre de un tercero. |
|  |  |  |  | [ ] | Si | [ ] | No |  |  |  |
| **Sección III** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda): |
| [ ] | Raza | [ ] | Color | [ ] | Origen Nacional | [ ] | Género |  |
| [ ] | Edad | [ ] | Religión | [ ] | Discapacidad | [ ] | Estado familiar |
| Fecha de presunta discriminación (Mes, Día, Año) |  |  |  |  |
|   |
| Explique lo más claramente posible qué sucedió y por qué cree fue discriminado. Describe a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya la información del nombre y del contacto de la persona (s) que lo discriminó (si lo sabe), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Incluya cualquier otra información que nos ayude en nuestra investigación de las alegaciones. También proporcione cualquier otra documentación que sea relevante para esta queja. |
|   |
|   |
|   |
|   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Sección IV** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal? |
| [ ] | Si | [ ] | No |  |  |  |  |  |  |
| En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda: |  |  |  |  |
| [ ] | Agencia Federal |  | [ ] | Agencia del Estado |  |  |
| [ ] | Corte Federal |  | [ ] | Agencia Local |  |  |  |
| [ ] | Tribunal Estatal |  |  |  |  |  |  |  |
| Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja. |
| Nombre: |   |
| Título: |   |
| Agencia: |   |
| Dirección: |   |
|   |
| Teléfono: |   |
| **Sección V** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| El nombre de la queja de la agencia está en contra: |  |  |  |  |
| Persona de contacto: |   |
| Número de Teléfono: |   |
| **Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su reclamo.** |
| Firma |   | Fecha |   |