

AUTORIDAD DE TRANSITO DEL AREA DE BERKS

Hoja de querrela Título VI

(13 de Noviembre de 2,018)

Sección I:				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono (Casa):			Teléfono (Trabajo):	
Correo Electrónico:				
Formato Requerido para Acceso:	Letra Grande		Cinta de Audio	
	TDD		Otro	
Sección II:				
¿Está llenando esta querrela para usted mismo?			Sí*	No
*Si contestó "Sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.				
Si no, por favor proporcione el nombre y la relación que tiene con la persona por la cual usted está haciendo la querrela:				
Por favor explique por qué usted tiene que llenar a favor del querellante:				
Si usted está llenando por otra persona, por favor confirme que usted obtuvo permiso de la persona agraviada.			Sí	No
Sección III:				
Yo entiendo que la discriminación que experimenté está basada en (Marque todas las que apliquen):				
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional				
Fecha de la alegada discriminación (Mes, Día, Año): _____				
Explique lo más claro posible lo que pasó y porqué usted cree que fue discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron envueltas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona quien discriminó contra usted (si lo sabe) así también como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, por favor utilice la parte trasera de esta forma o provea la información en un papel separado.				

Sección IV				
¿Ha llenado una querrela de Título VI previamente con esta agencia?			Sí	No

Sección V

¿Ha llenado una querrela con cualquier otra agencia Federal, de Estado, o local, o con alguna corte de Estado o Federal?

Sí No

Si contestó sí, marque todas las que apliquen:

Agencia Federal: _____

Corte Federal _____

Agencia de Estado _____

Corte de Estado _____

Agencia Local _____

Por favor provea la información acerca de la persona de contacto en la agencia /corte en que usted llenó la querrela.

Nombre:

Título:

Agencia:

Dirección:

Teléfono:

Sección VI

Nombre de la agencia que quiere denunciar:

Persona de Contacto:

Título:

Número de Teléfono:

Usted puede incluir cualquier material por escrito u otra información que pueda ser relevante para su querrela.

Firma y fecha son requeridas:

Firma

Fecha

Puede someter esta forma por correo ó en persona a la dirección provista a continuación:

Director of Administration & Human Resources
South Central Transit Authority
45 Erick Road
Lancaster, PA 17601

Por favor use el espacio provisto para completar la información requerida en la Sección III.