

## Formulario de quejas del Título VI

Complete el formulario EN SU TOTALIDAD. Solo se procesarán las quejas completas.

Sección I:		
Nombre:		
Dirección:		
Teléfono (casa):		Teléfono (trabajo):
Dirección de correo electrónico:		
¿Requisitos de formato accesible?	<input type="checkbox"/> Letra grande	<input type="checkbox"/> Cinta de audio
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Otro
Sección II:		
¿Está presentando esta queja en nombre propio?		
<input type="checkbox"/> Sí. Ir a la sección III.		
<input type="checkbox"/> No. Si no es así, proporcione el nombre y el parentesco de la persona por la que se queja.		
Explique por qué ha presentado una solicitud a nombre de un tercero:		
Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si presenta la solicitud en nombre de un tercero.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sección III:		
Creo que la discriminación que experimenté relacionada con el Título VI se basó en (marque todas lo que correspondan):		
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> País de origen		
Fecha de la presunta discriminación (mes, día, año): _____		
Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de las personas que lo discriminaron (si se conocen), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario.		
_____		
_____		
Sección VI:		
¿Ha presentado anteriormente una queja por discriminación ante esta agencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si su respuesta es afirmativa, proporcione cualquier información referente a su queja anterior.		
_____		
_____		
_____		

**Sección V:**

¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal?     Sí     No

Si su respuesta es afirmativa, marque todas las que correspondan:

- Agencia federal: \_\_\_\_\_
- Tribunal federal: \_\_\_\_\_     Agencia estatal: \_\_\_\_\_
- Tribunal estatal: \_\_\_\_\_     Agencia local: \_\_\_\_\_

Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la queja.

Nombre:

Cargo:

Agencia:

Dirección:

Teléfono:

**Sección VI:**

Nombre de la agencia contra la cual se presenta la queja:

Nombre de la persona contra la cual se presenta la queja:

Cargo:

Ubicación:

Número de teléfono (si está disponible):

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja. Su firma y fecha se requieren a continuación:

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Complete y envíe el FORMULARIO DE QUEJAS del Título VI a la siguiente dirección:

Autoridad de Tránsito Regional de Central Midlands (COMET)  
Director de Cumplimiento Normativo/Oficial de Derechos Civiles  
3613 Lucius Road  
Columbia, SC 29201