



# Formulario de queja por discriminación Título VI y ADA

<b>Sección I:</b>		
Nombre:		
Dirección:		
Teléfono (Inicio):		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
<b>Sección II:</b>		
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?	<input type="checkbox"/> Sí*	<input type="checkbox"/> No
<i>*Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la <b>Sección III</b>.</i>		
De lo contrario, proporcione el nombre y la relación de la persona por la que se queja.		
Por favor, explique por qué ha solicitado a un tercero:		
Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si está presentando una solicitud en nombre de un tercero.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>Sección III:</b>		

Creo que la discriminación que experimenté se basó en (verifique todo lo que se aplica):

Raza Color                           Origen Nacional Discapacidad

Fecha de la 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 que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que lo discriminó (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Si se necesita más espacio, utilice la parte posterior de este formulario.

---

---

---

**Sección IV:**

¿Ha presentado previamente una demanda de Discriminación C ante esta agencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
---	-----------------------------	-----------------------------

En caso afirmativo, proporcione cualquier información de referencia con respecto 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

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

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:

Título:

Agencia:

Dirección:

Teléfono:

**Sección VI:**

El nombre de la queja de la agencia es contra:

El nombre de la persona que denuncia es en contra:

Título:

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 son **requeridas** a continuación:

Fecha de firma

Envíe este formulario en persona a la dirección que aparece a continuación, o envíelo por correo a:

**Kosciusko Area Bus Service (KABS) – Cardinal Services Inc.**

**Tony Peterson, KABS General Manager**

**1804 E. Winona Avenue Warsaw, IN 46580**

**574-371-1410**

**Tony.Peterson@cardinalservices.org**

Una copia de este formulario se puede encontrar en línea en **[www.cardinalservices.org](http://www.cardinalservices.org)**