

Formulario de Quejas de Título VI

Comisión de Tránsito Metropolitano de St. Cloud (Metro Bus)

Metro Bus se compromete a garantizar que ninguna persona quede excluida de la participación o que se le nieguen los beneficios de sus servicios por motivos de raza, color u origen nacional, según lo dispuesto por el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, en su versión modificada. Las quejas relativas al Título VI deben presentarse en un plazo de 180 días a partir de la fecha de la supuesta discriminación.

Para uso administrativo:

Fecha recibida: _____

Recibido por: _____

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con el Gerente del Título VI de Metro Bus llamando al (320) 529-4484. Previa solicitud, este documento se proporcionará en formatos alternativos.

Devuelva el formulario completo a: Metro Bus Title VI Manager, 665 Franklin Ave. NE, St. Cloud, MN 56304 o por correo electrónico a: TitleVIManager@stcloudmtc.com.

Información de Contacto

Nombre: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Teléfono Alternativo: _____

Persona(s) discriminada(s) (si es alguien distinto del denunciante):

Nombre(s): _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Queja

Por favor describa el presunto incidente de discriminación al reverso de este formulario.

¿Cuál de los siguientes describe mejor el motivo de la supuesta discriminación?:

- Raza
- Color
- Origen Nacional (Dominio limitado del inglés)

Fecha del Incidente: _____

¿Ha presentado una queja ante otras agencias federales, estatales o locales? Si No

En caso afirmativo, por favor complete la siguiente información:

Agencia: _____ Nombre de Contacto : _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Agencia: _____ Nombre de Contacto: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Describa el supuesto incidente de discriminación. Proporcione los nombres y el cargo de todos los empleados de Metro Bus involucrados, si están disponibles. Explique lo que sucedió y quién cree que fue el responsable.

Confirmación

Afirmo que he leído el cargo anterior y que es verdadero a mi leal saber y entender. _____

Firma del denunciante

Fecha

Imprima o Escriba el Nombre del Denunciante