

Título VI Formulario de Queja Des Moines Area

Regional Transit Authority (DART)

DART se ha comprometido a garantizar que ninguna persona sea excluído de participar en o que les nieguen los beneficios de nuestro servicios basado en raza, color u origen nacional, conforme a lo previsto en el Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1964, en su forma enmendada. Las quejas de Título VI deben ser presentadas dentro de los 180 días a partir de la fecha de la supuesta discriminación.

La siguiente información es necesaria para que nos ayude en la tramitación de su queja. Si necesita cualquier ayuda para completar este formulario, por favor póngase en contacto el DART con nuestro Mánager de Servicio Al Cliente al (515) 283-8131. El formulario completo debe ser devuelto a DART, Mánager de Servicio Al Cliente, 1100 DART Way, Des Moines, IA 50309.

Su nombre:	Número de Teléfono:
Dirección:	Suplente Número de Teléfono:
	Ciudad, Estado y Código Postal:
Si no fue usted, por favor de el nombre de la(s) persona(s) que sufrio la discriminación. Nombre(s):	
Dirección, Ciudad, Estado y Código Postal:	

¿Cuáles de las siguientes opciones describe mejor la Fecha del Incidente: razón de la supuesta discriminación? (Marque uno)

***Raza**

***Color**

***Origen Nacional**

***Habilida de Ingles Limitada**

Otro: _____

La Fecha de Incidente: _____

El Tiempo de Incidente: _____

**Continuación de la supuesta discriminación del incidente:
¿Ha presentado una queja ante cualquier otro federal, estatal o agencia local?
(Marque uno) Sí / No Si es así,**

por favor deje la información de contacto de la(s) agencia(s):

Agencia:	Nombre de Contacto:
Dirección, Ciudad, Estado y Código Postal:	Número de Teléfono:
Agencia:	Nombre de Contacto:
Dirección, Ciudad, Estado y Código Postal :	Número de Teléfono:

Afirmo que he leído la información sobre los cargos y afirmo que son verdaderos y cierto.

Firma:

Fecha:

Print or Type Name of Complainant

Date Received: _____

Received By: _____