

Formulario de queja del Título VI

Autoridad Regional de Tránsito del Área de Des Moines (DART)

La Autoridad Regional de Tránsito del Área de Des Moines (Des Moines Area Regional Transit Authority, DART) se compromete a garantizar que no se excluya a ninguna persona de la participación en sus servicios ni se le nieguen los beneficios de estos por motivos de raza, color u origen nacional, según lo dispuesto en el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, con sus modificaciones. Las quejas del Título VI deben presentarse dentro de los 300 días a partir de la fecha de la supuesta discriminación.

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a tramitar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con el gerente de servicio al cliente de la DART llamando al (515) 283-8131. El formulario completado debe devolverse a: DART, Customer Service Manager, 620 Cherry Street, Des Moines, Iowa 50309.

NOMBRE:	TELÉFONO (DURANTE EL DÍA):
DIRECCIÓN:	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:

PERSONA DISCRIMINADA (SI NO ES EL DEMANDANTE):

NOMBRE:	TELÉFONO (DURANTE EL DÍA):
DIRECCIÓN:	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:

¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES OPCIONES DESCRIBE MEJOR EL MOTIVO DE LA SUPUESTA DISCRIMINACIÓN? (MARQUE LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)

- RAZA COLOR ORIGEN NACIONAL
 DOMINIO LIMITADO DEL INGLÉS OTRO: _____

FECHA DEL INCIDENTE: _____

HORA DEL INCIDENTE: _____

¿HA PRESENTADO UNA QUEJA ANTE OTRA AGENCIA FEDERAL, ESTATAL O LOCAL? (MARQUE UNA OPCIÓN)

SÍ

NO

EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE EL NOMBRE DE LA(S) AGENCIA(S) Y SU INFORMACIÓN DE CONTACTO:

AGENCIA:	NOMBRE DE LA PERSONA DE CONTACTO:
DIRECCIÓN:	NÚMERO DE TELÉFONO:

AGENCIA:	NOMBRE DE LA PERSONA DE CONTACTO:
DIRECCIÓN:	NÚMERO DE TELÉFONO:

DECLARO QUE HE LEÍDO LA ACUSACIÓN ANTERIOR Y QUE ES CIERTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER.

FIRMA DEL DENUNCIANTE

FECHA

NOMBRE DEL DENUNCIANTE EN LETRA DE IMPRENTA O A MÁQUINA

FECHA DE RECEPCIÓN:

RECIBIDO POR: