

FORMULARIO DE QUEJAS DEL TÍTULO VI DE JEFFERSON LINES (ES)

“Ninguna persona en los Estados Unidos, por motivos de raza, color u origen nacional, será excluida de participar, se le negarán los beneficios ni estará sujeta a discriminación en ningún programa o actividad que reciba asistencia financiera federal”.

Si considera que ha sido objeto de discriminación en la prestación de servicios de transporte, proporcione la siguiente información para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario o necesita información en formatos alternativos, infórmenos.

Por favor envíe o devuelva este formulario a:

Bonnie Buchanan

Jefferson Lines

2100 East 26th Street, Minneapolis, MN 55404

bbuchanan@jeffersonlines.com

(612) 991-1424

POR FAVOR IMPRIMIR

1. Nombre del denunciante:		
a. DIRECCIÓN:		
b. Ciudad:	Estado:	Código postal:
c. Teléfono (si corresponde, incluya el código de área):		
Teléfono de casa: () -		
Teléfono móvil: () -		
d. Correo electrónico:		
¿Prefieres que te contactemos a través de esta dirección de correo electrónico?		
() Sí () No		
2. Accessible format of form needed?		
() Sí		
Especificar: _____		
() No		
3. ¿Está presentando esta queja en su propio nombre?		
() Sí – por favor vaya a la pregunta 7.		
() No – por favor vaya a la pregunta 4.		
4. Si respondió NO a la pregunta 3, proporcione su nombre y dirección.		
a. Nombre de la persona que presenta la denuncia:		
b. DIRECCIÓN:		
c. Ciudad:	Estado:	Código postal:
e. Teléfono (si corresponde, incluya el código de área):		
Teléfono de casa: () -		
Teléfono móvil: () -		
a. Correo electrónico:		
¿Prefieres que te contactemos a través de esta dirección de correo electrónico?		
() Sí () No		
5. ¿Cuál es su relación con el denunciante?		

6. Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si presenta la solicitud en nombre de un tercero. <input type="checkbox"/> Sí – Tengo permiso. <input type="checkbox"/> No – No tengo permiso.	
7. Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> CARRERA <input type="checkbox"/> COLOR <input type="checkbox"/> ORIGEN NACIONAL (clases protegidas por el Título VI) <input type="checkbox"/> OTRO Especificar: _____	
8. Fecha de la presunta discriminación (Mes, Día, Año):	
9. ¿Dónde tuvo lugar la presunta discriminación?	
10. Explique lo más claramente posible qué sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de las personas que lo discriminaron (si las conoce). <i>Utilice el reverso de este formulario o páginas separadas si necesita espacio adicional.</i>	
11. Enumere todos los nombres y números de teléfono/información de contacto de todos los testigos. Utilice el reverso de este formulario o páginas separadas si necesita espacio adicional.	
12. ¿Qué tipo de acción correctiva le gustaría que se tomara?	
13. ¿Ha presentado una queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal? <input type="checkbox"/> Sí – Por favor marque todo lo que corresponda. <input type="checkbox"/> Agencia Federal (Indique el nombre de la agencia) <input type="checkbox"/> Tribunal Federal (indique la ubicación) <input type="checkbox"/> Tribunal estatal <input type="checkbox"/> Agencia Estatal (Especifique Agencia) <input type="checkbox"/> Tribunal del condado (especifique el tribunal y el condado) <input type="checkbox"/> Agencia Local (Especifique Agencia) <input type="checkbox"/> No	
14. Si la respuesta a la pregunta 13 es Sí, proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la queja.	
Nombre:	Título:
Agencia:	Teléfono: () -
DIRECCIÓN:	
Ciudad:	Estado: Código postal:

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información relevante a su queja.

Se requiere firma y fecha:

Firma

Fecha

Si completó las preguntas 4, 5 y 6, se requiere su firma y fecha:

Firma

Fecha