



Reporte de Queja – Titulo VI

Case Number _____

Nota: Estamos pidiendo esta información para que nos asista en el proceso de su queja. Si necesita ayuda para completar esta forma, por favor déjenos saber. Si no puede completar esta forma personalmente, el Coordinador de Titulo VI le asistirá. Puede llamar al 561-841-4200 y pedir ayuda. Si se le ayuda a llenar esta forma, debe usted firmarla para validar la información.

Está llenando esta forma por una situación que le paso a usted? **SI** **NO**

(Si contesto que **SI**, por favor vaya al número 2. Si contesto que **NO** continúe con la pregunta numero 1.)

1. Por favor escriba el nombre de la persona por quien usted está completando esta queja:

Nombre de quien presenta la queja: _____

Dirección _____

Ciudad, Estado Zip Code _____

Numero de Teléfono – Casa (____) _____ Trabajo (____) _____

2. Información de la persona contra la que hubo discriminación

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, Estado Zip Code _____

Numero de Teléfono (____) _____

3.Cuál es el nombre de la persona, o en que localidad está la persona o departamento que usted cree discriminó contra usted?

Nombre _____

Dirección/Lugar _____

Ciudad, Estado Zip Code _____

Numero de Teléfono (____) _____



4. **Cuál de las siguientes categorías describe mejor la razón por la que usted cree que hubo discriminación, cree que fué por su:**

a. Raza

b. Color

c. Origen Nacional

5. **En qué fecha paso el incidente de discriminación?**

(El hecho debe haber ocurrido en los últimos 180 días)

6. **En sus propias palabras, por favor describa el acto de discriminación. Explique lo que paso, y quien usted cree es responsable. Asegúrese de incluir como otras personas fueron tratadas de manera diferente a usted.**

(Si necesita más espacio, por favor adjunte las páginas adicionales que necesite)

7. **(Para quejas internas únicamente) Usted ha tratado de resolver esta queja a través de el proceso de Grievance de Palm Tran?** SI NO

(Si contesto que **NO** vaya por favor a la pregunta 8.)

Si contestó que SI, Cuales fueron los resultados del proceso de grievance?

Nombre y Cargo de la persona que está manejando el proceso de grievance

Nombre _____ Cargo _____

8. Ha sometido usted esta queja con una agencia federal, estatal o local? O con la corte federal o estatal?

YES NO

(Si contestó que NO por favor vaya a la pregunta # 10) Si

contesto que si, por favor marque los sitios donde sometió si queja:

Agencia Federal _____ Corte Federal _____ Corte Estatal _____

Agencia Estatal _____ Agencia Local _____



9. Por favor provea información sobre la persona que sirve de contacto en la agencia o corte donde usted también llevo su queja.

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, Estado Zip Code _____

Numero de Teléfono (_____) _____

10. Esta queja ha sido sometida a Palm Tran anteriormente?

SI NO

So contesto que si, por favor denos las fecha: _____.

11. Ha sometido usted alguna otra queja por discriminación a Palm Tran?

SI NO

Si contesto que si, cuando y contra quien sometio usted la queja anterior?

Fecha _____

Agencia/Persona _____

Dirección/Lugar _____

Ciudad Estado _____

Numero de Teléfono (_____) _____

12. Por favor firme esta forma y ponga la fecha. Usted puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que considere relevante para su queja.

Firma de la persona que presenta la queja

Fecha

Si esta forma fue completada por una persona distinta a la que reporta la queja, por favor provea información sobre la persona que asistió a la persona afectada, y la razón de la ayuda.

Por favor envíe esta forma a:

Palm Tran – Attention: Customer Service Administrator

Discrimination Complaint

50 S Military Trail, Suite 101, West Palm Beach FL 33415

(561) 812-5351