

Miami Cerebral Palsy Residential Services, Inc.

Environmental Services
Section VIII: Transportation
 Effective Date: 4/30/19

POLICY NUMBER: T160c
SUBJECT: Title VI Complaint Form

AUTHORITY REFERENCE: 1.) Code of Federal Regulations, Transportation Title 49 (CFR 49)
 2.) Florida Department of Transportation (FDOT)

| Sección I: | | | |
|---|--|--|----------------------------------|
| Nombre: | | | |
| Dirección: | | | |
| Número de teléfono: | | Número de teléfono (Trabajo): | |
| Dirección de correo electrónico: | | | |
| Requisitos accesibles? | Formato | Letra grande | Cinta de audio |
| | | TDD | De otra manera que |
| Sección II: | | | |
| ¿Está presentando esta queja en su propio nombre? | | Si* | No |
| * Si respondió "sí" a esta pregunta, pase a la Sección III. | | | |
| De lo contrario, proporcione el nombre y la relación de la persona por la que se queja: | | | |
| Explique por qué ha presentado una solicitud a nombre de un tercero: _____ | | | |
| Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si presenta la solicitud en nombre de un tercero. | | Si | No |
| Sección III: | | | |
| Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda): | | | |
| <input type="checkbox"/> Raza | <input type="checkbox"/> Color | <input type="checkbox"/> Origen nacional | <input type="checkbox"/> La edad |
| <input type="checkbox"/> La Discapacidad | <input type="checkbox"/> Estado familiar o religioso | [] | Other (Explique) |
| _____ | | | |
| Fecha de la presunta discriminación (mes, día, año): _____ | | | |
| Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la (s) persona (s) que lo discriminó (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario. | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |

| Sección IV: | | |
|---|----|----|
| ¿Ha presentado anteriormente una queja de Título VI con esta agencia? | Si | No |

| Sección V: | |
|--|---|
| ¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal? | |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda: | |
| <input type="checkbox"/> Agencia Federal: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Corte Federal _____ | <input type="checkbox"/> Agencia Estado _____ |
| <input type="checkbox"/> Corte Estado _____ | <input type="checkbox"/> Agencia local _____ |
| Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja. | |
| Nombre: | |
| Título: | |
| Agencia: | |
| Dirección: | |
| Número de teléfono: | |
| Sección VI: | |
| Nombre de la agencia que presenta la queja contra: | |
| Persona de contacto: | |
| Título: | |
| Número de teléfono: | |

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.
Firma y fecha requerida a continuación.

Firma

Fecha

Envíe este formulario en persona a la dirección que aparece a continuación, o envíe este formulario a: Patricia St Hubert.
Miami Cerebral Palsy Residential Services, Inc.
2200 NW 107th Avenue
Miami Florida 33172