



**BEN FRANKLIN
TRANSIT**

TÍTULO VI FORMULARIO DE QUEJA

El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 requiere que, "Ninguna persona en los Estados Unidos, por motivos de raza, color, u origen nacional, pueda ser excluida de participar, negarse a los beneficios ni ser objeto de discriminación en ningún programa o actividad que recibe asistencia financiera federal." Si cree que ha sido discriminado en los servicios de tránsito, proporcione la siguiente información para ayudarnos a procesar su queja y enviarla a:

Ben Franklin Transit
Title VI Coordinator
1000 Columbia Park Trail
Richland, WA 99352
Phone 509.734.5107
Fax 509.735.4392

¿Necesita ayuda con su queja?

Si no puede completar una queja por escrito debido a una discapacidad o si necesita información en otro idioma, podemos ayudarlo. Por favor contáctenos al 509.735.5100.

POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE

SECCIÓN I

Fecha:

Nombre:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono (Casa):

Teléfono (Móvil) #:

Teléfono (Trabajo) #:

Correo Electrónico:

¿Necesita un formato accesible??

☐ Letra grande

☐ TTY/TDD

☐ Cinta de audio

☐ Otro

SECCIÓN II

¿Está presentando esta queja en su propio nombre?

☐ Sí*

☐ No

** Si respondió "Sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.*

Si no es así, proporcione el nombre y la relación de la persona para la que está presentando la solicitud:

Nombre:

Relación:

Dirección de la persona discriminada:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

¿Ha obtenido permiso de esta persona?

☐ Sí

☐ No

Por favor explique por qué ha presentado en nombre de esta persona:

SECCIÓN III

Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda):

☐ Raza

☐ Color

☐ Origen nacional

☐ Otro (explicar) _____

Fecha de presunta discriminación (Mes, Día, Año): _____ Hora: _____

Tipo de tránsito: ☐ Dial-A-Ride ☐ Autobús ☐ Otro: _____

Ruta: _____ Identificación o nombre del vehículo: _____ Ubicación: _____

Nombre del empleado involucrado: _____

Explique lo más claramente posible qué sucedió y por qué cree que lo discriminaron. Use la parte posterior de este formulario si es necesario para obtener más espacio.

¿Qué tipo de acción correctiva le gustaría ver tomada? _____

SECCIÓN IV

¿Ha presentado anteriormente una queja del Título IV con BFT? ☐ Sí ☐ No

BFT Empleado: _____ Número de teléfono: _____

SECCIÓN V

¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o ante un tribunal federal o estatal?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

☐ Agencia federal: ☐ Corte federal:
☐ Agencia estatal: ☐ Corte estatal:
☐ Agencia local: ☐ Corte local:

Proporcione la información de contacto de la persona con la que habló en la Agencia mencionada anteriormente:

Nombre:	Título:
Agencia:	Teléfono:
Dirección:	Ciudad: Estado: Código postal:

Se requiere su firma y fecha para presentar esta queja.

Firma

Fecha