



Formulario de Quejas del Título VI

Autoridad de Transporte Capital Metropolitan

Capital Metro está comprometido a garantizar que ninguna persona sea excluida de participar en o de recibir los beneficios de sus servicios, debido a raza, color u origen nacional, conforme establece el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y enmiendas. Las quejas conforme al Título VI deben presentarse en el transcurso de 180 días de haber ocurrido la supuesta discriminación.

Es necesario obtener la siguiente información para ayudarnos a procesar su queja. Si requiere ayuda para llenar este formulario, por favor, llame al representante del Título VI, al (512) 369-6255 o visite titlevicomplaints@capmetro.org. El formulario completo debe enviarse a Capital Metro, ATTN: Title VI Complaints, 2910 E. 5th Street, Austin, TX 78702.

SECCIÓN 1

Su nombre

Correo electrónico

Teléfono diurno

Teléfono nocturno

Dirección

Requisitos accesibles del formulario (seleccione todos los que apliquen):

- Letra grande
- Cintas de audio
- TDD
- Otro (especifique): _____

¿Presenta esta queja a nombre propio? Sí ____ No ____

Si la respuesta es sí, vaya a la SECCIÓN 2.

Si la respuesta es no, por favor, incluya la siguiente información:

- Nombre de la persona por la que presenta la queja
- Relación con usted
- Por favor, explique porqué presenta la queja para esta persona
- Por favor, confirme que haya obtenido permiso de esta persona para presentar esta queja en su nombre. Sí ____ No ____

SECCIÓN 2

Fecha del incidente: _____

¿Cuál de lo siguiente describe mejor la razón por la que ocurrió la supuesta discriminación?
(Marque una)

- Raza
- Color
- Origen nacional (incluyendo manejo limitado del idioma inglés)

Por favor, describa el incidente de la supuesta discriminación Incluya cualquier detalle específico, si lo tiene, incluyendo nombres, fechas, horas, números de rutas, testigos y cualquier otra información que pueda ayudarnos a revisar su queja. Explique qué sucedió y a quién considera responsable. Por favor, use páginas adicionales si requiere más espacio.

¿Ha presentado queja de este incidente ante otras agencias federales, estatales o locales? Sí ___
No ___

De ser sí, por favor proporcione la siguiente información:

- Nombre de la agencia: _____
- Dirección de la agencia: _____
- Nombre del contacto: _____
- Teléfono: _____

Declaro que leí la queja anterior y que es verdadera en la medida de mi conocimiento, información y consideración.

Firma de la persona presentando la queja

Fecha

Sólo para uso interno:

Fecha de recepción: _____

Recibido por: _____