



## Formulario de Quejas del Título VI

### Autoridad de Transporte Capital Metropolitan

CapMetro 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](mailto:titlevicomplaints@capmetro.org). El formulario completo debe enviarse a CapMetro, ATTN: Title VI Complaints, 2910 E. 5<sup>th</sup> 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: