Servicios Humanos del Condado de Pulaski, Inc

Formulario consolidado de queja de derechos civiles

**Los Servicios Humanos del Condado de Pulaski** son responsables de garantizar la implementación adecuada de varias leyes y programas de derechos civiles, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA), el programa de Empresas Comerciales Desfavorecidas (DBE) y el programa de Igualdad de Oportunidades de Empleo Externo (EEO).

En el proceso de investigación de quejas, analizamos las alegaciones del reclamante en busca de posibles deficiencias por parte de nuestro proveedor de tránsito. Si se identifican deficiencias, se presentan al proveedor de tránsito y se ofrece asistencia para corregir las insuficiencias dentro de un plazo predeterminado.

Envíe su formulario completo por correo o envíe su formulario completo a:

**Servicios Humanos del Condado de Pulaski**

**Margarita Mendiola, Directora Asociada**

**115 W Pearl St PO Box 32**

**Winamac EN 46996**

Si tiene preguntas sobre cómo preparar una queja, puede comunicarse con nosotros al 1-888-888-8888. Se puede encontrar más información sobre los requisitos de derechos civiles relacionados con el tránsito en el sitio web del TLC en [www.fta.dot.gov.](http://www.fta.dot.gov/)

**Nota:** Aparte del formulario, ***en páginas separadas,***describa su queja. Debe incluir detalles específicos como nombres, fechas, horas, números de ruta, testigos y cualquier otra información que nos ayude en nuestra investigación de sus acusaciones. Proporcione también cualquier otra documentación que sea relevante para esta queja, incluida cualquier correspondencia relacionada de su proveedor de tránsito.

**Importante:** No podemos aceptar su queja sin una firma, así que firme en la última página del formulario después de imprimirla. HAGA DOBLE CLIC EN CADA CUADRO DE TEXTO PARA ESCRIBIR TEXTO.

## Sección I

**Creo que he sido (o alguien más ha sido) discriminado en base a:**

Raza / Color / Origen Nacional







Discapacidad

No aplicable Otro (especificar)



**Creo que un proveedor de transporte público no ha cumplido con los siguientes requisitos del programa:**

Empresa comercial desfavorecida Empleo externo igualitario Oportunidad Título VI









Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA)

Otro(especificar)

## Sección II

Nombre:

Dirección:

Ciudad: Estado:

Código postal:

Números de teléfono:

Hogar:

Celda:

Dirección de correo electrónico:

Requisitos de formato accesible:

Letra grande No aplicable Otros

# Sección III

¿Está presentando esta queja en su propio nombre?

Sí No

[Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección IV.]

De lo contrario, proporcione el nombre y la relación de la persona por la que se queja:

Por favor, explique por qué ha solicitado a un tercero:

Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si está presentando en nombre de un tercero:

Sí No

## Sección IV

¿Ha presentado previamente una queja de derechos civiles ante nuestra agencia?

En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha?

Sí No

¿Ha presentado esta queja ante alguna de las siguientes agencias?

Departamento de Transporte del Proveedorde Tránsito

Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo del Departamento de Justicia

Otro

En caso afirmativo, adjunte una copia de cualquier respuesta que haya recibido a su queja anterior.

¿Ha presentado una demanda con respecto a esta queja?

Sí No

En caso afirmativo, proporcione el número de caso y adjunte cualquier material relacionado.

# Sección V

El nombre de la queja del proveedor de transporte público es contra:

Persona de contacto Título

Número de teléfono

## Sección VI

¿Podemos divulgar su identidad y una copia de su queja al proveedor de tránsito? Sí No

***Nota:*** Es posible que no podamos investigar sus denuncias sin permiso para divulgarlas.

su identidad y queja.

Por favor firme aquí: Fecha:

***Nota:*** No podemos aceptar su queja sin una firma.