



Formulario de Queja de ADA y Título VI

Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 requiere que "ninguna persona en los Estados Unidos será excluida de la participación en, se le negarán los beneficios de, o se le someterá a discriminación en ningún programa o actividad que reciba asistencia financiera federal, por motivos de raza, color o origen nacional."

Título II de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 establece, en parte, que "ningún individuo calificado con discapacidad será excluido de la participación en, se le negarán los beneficios de, o se le someterá a discriminación, únicamente por su discapacidad" en programas o actividades patrocinadas por una entidad pública.

Todas las quejas deben presentarse por escrito y firmadas por el quejoso o su representante antes de que se pueda tomar acción. Las quejas deben indicar, tan detalladamente como sea posible, los hechos y circunstancias que rodean el presunto acto de discriminación. Las quejas de discriminación deben presentarse ante el South Central Tennessee Development District (SCTDD) dentro de los 180 días posteriores al presunto acto discriminatorio. SCTDD proporcionará un acuse de recibo por escrito dentro de los diez días hábiles posteriores a la recepción de la queja

El formulario completo debe enviarse a: SCTDD
Re: Título VI
101 Sam Watkins Blvd.
Mt. Pleasant, TN 38474

Información de Contacto del Quejoso (Persona discriminada)

Nombre

Teléfono de día

Dirección postal

Teléfono de noche

Ciudad

Estado

Código postal

Correo electrónico

Persona discriminada

(Si es diferente al quejoso)

Nombre

Teléfono de día

Dirección postal

Teléfono de noche

Ciudad

Estado

Código postal

Correo electrónico

(Continuación en el reverso)

Detalles del incidente

¿En qué se basó la discriminación? (Marque todas las opciones que correspondan)

Raza

Color

Origen nacional

Discapacidad

¿Qué(s) representante(s) de SCTDD dice la persona que estuvieron involucrados?

Fecha del incidente que resultó en discriminación

Hora del incidente

Describa cómo fue discriminado. ¿Quién fue responsable y qué ocurrió??

Para espacio adicional, adjunte hojas adicionales de papel.

¿Dónde ocurrió el incidente? Por favor, proporcione detalles específicos. (Es decir, ubicación, número de autobús, nombre del conductor, etc.)

Para espacio adicional, adjunte hojas adicionales.

(Continuación en la siguiente página)

¿Testigos? Por favor, proporcione su información de contacto.

WITNESS 1	Nombre	<input type="text"/>			Teléfono de día	<input type="text"/>	
	Dirección postal	<input type="text"/>				Teléfono de noche	<input type="text"/>
	Ciudad	Estado	Código postal		Correo electrónico	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
WITNESS 2	Nombre	<input type="text"/>			Teléfono de día	<input type="text"/>	
	Dirección postal	<input type="text"/>				Teléfono de noche	<input type="text"/>
	Ciudad	Estado	Código postal		Correo electrónico	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

¿Presentó esta queja ante otra agencia o corte federal, estatal o local? Sí No

Si la respuesta es sí, marque la agencia con la que se presentó la queja y proporcione la información de contacto de la agencia:

Agencia Federal Corte Federal Agencia Estatal Corte Estatal Agencia Local

Fecha de Presentación: _____

Other _____

<input type="text"/>	Persona de Contacto	<input type="text"/>
Dirección Postal de la Agencia	Teléfono	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Correo electrónico	<input type="text"/>
Ciudad	Estado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Firme la queja en el espacio de abajo. Adjunte cualquier documento que crea que respalde su queja.

X _____
Firma del quejoso

Fecha de firma