

**McLennan County Rural Transit District
Forma de queja para Titulo VI**

Esta forma es para presentar un queja de violacion a Title VI of the Civil Rights Act of 1964. **No es requerido llenar esta form. Una carta con esta misma informacion es suficiente.**

Si usted necesita ayuda llenar esta forma por una discapacidad, llame al numero (254) 750-1900.

Seccion I:				
Nombre:				
Direccion:				
Telefono (Casa)			Telefono (Movil)	
Correo Electronico:				
Formas Accesibles:	Letra Grande		Cinta de Audio	
	TDD		Otro	
Seccion II:				
Usted tiene la queja?			Si*	No
*Si tu respuesta es, "SI" sigue a la seccion III.				
Si tu respuesta es, "No" en el espacio escribe el nombre de la persona y la relacion:				
Porque estas llenando esta forma de tercera persona: _____				
Porfavor confirme que usted tiene derecho de llenar esta forma por la persona:			Si	No
Seccion III:				
Yo sentio que la discriminacion es basada en:				
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional				
Fecha cuando ocurrio la discriminacion: _____				
Porfavor escribe lo que sucedio en esta fecha y por que sientes que fuistes discriminado. Porfavor incluye los nombres de las personas involucradas.				

Seccion IV				
Usted a llenado esta forma anterior?			Si	No

Seccion V	
Usted a entregado esta queja a la agencia federal, estatal, local o otra agencia federal o estatal de corte	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si conteso si, escoge la agencia:	
<input type="checkbox"/> Agencia Federal: _____	
<input type="checkbox"/> Corte Federal: _____	<input type="checkbox"/> Agencia del Estado: _____
<input type="checkbox"/> Tribunal Estatal: _____	<input type="checkbox"/> Agencia Local: _____
Porfavor incluya el nombre de la person quien contacto para la discriminacion.	
Nombre:	
Titulo:	
Agencia:	
Dirreccion:	
Numero de telefono:	
Seccion VI	
Nombre de la agencia contra la discriminacion:	
El nombre de persona de contacto:	
Titutlo:	
Numero de telefono:	

Por favor incluya cualquier documentacion adicional por escrito, pruebas u otra informacion que puede ser relevante a la queja presentada. Por favor asegurese de senal e impresion en el formulario de frima que sigue para completar el formulario de reclamacion.

Firma del Formulario de Queja

Firma del Denunciante

(Si no muestra, por favor escribe su nombre)

Fecha

Firma de Terceros

Fecha

Por favor, envíe el formulario de reclamación completado por correo o en persona en la siguiente dirección:

**McLennan County Rural Transit District
ATTN: Title VI Coordinator
301 S 8th Street Suite 100
Waco, Texas 76701**