

FORMULARIO DE QUEJAS DEL TÍTULO VI

El Gulf Coast Transit District (el GCTD) está comprometida a garantizar que ninguna persona sea excluida de participar o se le sean negados los beneficios de sus servicios sobre la base de raza, color u origen nacional, conforme a lo dispuesto por el Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1964. Las quejas conforme al Título VI deben ser presentadas dentro de los 180 días siguientes a la fecha de la supuesta discriminación.

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, por favor póngase en contacto con el GCTD llamando al 1-800-266-2320. El formulario completo deberá ser devuelto a la siguiente dirección: el Gulf Coast Transit District, 1415 33rd St N, Texas City, Texas 77590.

Nombre:	Teléfono:
Dirección residencial:	Teléfono Alternativo:
	Ciudad, Estado, y Código Postal:
Persona(s) contra la(s) que se discriminó (si no se trata de la persona que presenta la queja):	
Nombre(s):	
Dirección residencial, Ciudad, Estado, y Código Postal:	

¿Cuál de los siguientes casos describe mejor la razón de la presunta discriminación? Fecha del incidente: _____

- Raza
- Color
- Origen nacional (Conocimiento limitado del inglés)

Por favor describa el presunto incidente discriminatorio. Proporcione los nombres y puestos de todos los empleados del GCTD que estuvieron involucrados, si están disponibles. Explique lo que fue lo que sucedió y quién considera que fue responsable. Por favor use el reverso de este formulario si requiere espacio adicional.

Formulario de Quejas del Título VI

El Gulf Coast Transit District

Por favor describa el presunto incidente discriminatorio (continuación)

¿Ha presentado usted una queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local?
(Marque con un círculo) **Si / No**

Si la respuesta es “Si,” indique a continuación la agencia o agencias y la información de contacto:

Agencia:	Nombre de contacto:
Dirección, Ciudad, Estado, Código postal:	Teléfono:
Agencia:	Nombre de contacto:
Dirección, Ciudad, Estado, Código postal:	Teléfono:

Firma de quien presenta la queja	Fecha
----------------------------------	-------

Imprima el nombre de quien presenta la queja

Date Received:
Review By: