

TÍTULO VI / ADA FORMULARIO DE QUEJA DE DISCRIMINACIÓN

Proporcione la siguiente información para procesar su queja. La asistencia está disponible a pedido. Complete este formulario y envíelo por correo o envíelo a:

Oficial de cumplimiento del Título VI / ADA, DRPT, 600 E. Main Street, Suite 2102, Richmond, VA 23219.

Puede comunicarse con nuestra oficina de lunes a viernes de 8:00 am a 4:30 pm al 804.786.4440, o puede enviar un correo electrónico al Departamento de Transporte Ferroviario y Público de Virginia (DRPT, la agencia que supervisa el servicio de autobuses interurbanos Virginia Breeze). Oficial de cumplimiento de VI / ADA en drptpr@drpt.virginia.gov.

Nombre del denunciante: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Numero de teléfono (Personal): _____ **(Comercial):** _____

Dirección de correo electrónico: _____

Persona discriminada (si no es el denunciante):

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Número de teléfono: _____

El nombre y la dirección de la agencia, institución o departamento que usted considera que lo discriminó.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Fecha del incidente que resultó en discriminación: _____

Identifique la categoría de discriminación:

Raza _____ **Color** _____ **País de origen** _____ **Invalidez** _____

Describa cómo fue discriminado. ¿Qué pasó y quién fue el responsable? Si necesita espacio adicional, use la parte de atrás del formulario o adjunte hojas adicionales al formulario.

¿Esta denuncia involucra a un individuo específico asociado con el DRPT? En caso afirmativo, proporcione los nombres de las personas, si los conoce.

¿Dónde ocurrió el incidente?

¿Hay algún testigo? En caso afirmativo, proporcione su información de contacto:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Número de teléfono: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Número de teléfono: _____

¿Presentó esta denuncia ante otra agencia federal, estatal o local? ¿O ante un tribunal federal o estatal?

☐ Sí

☐ No

Si la respuesta es Sí, marque la agencia ante la que presentó la denuncia:

☐ Agencia federal

☐ Tribunal federal

☐ Agencia estatal

☐ Tribunal estatal

☐ Agencia local

☐ Otro

Proporcione la información de la persona de contacto de la agencia ante la que también presentó la denuncia:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Fecha de presentación: _____

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

Firma del denunciante

Fecha de la firma