

Marion Senior Services, Inc.

Title VI Complaint Form

TÍTULO VI FORMULARIO DE QUEJA

De acuerdo con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA), el Condado designó a un individuo como Coordinador del Título VI / ADA del Condado. El Coordinador es responsable de aceptar quejas de discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad, religión y estado familiar en la prestación de servicios, actividades, programas o beneficios provistos por el Condado. Las quejas se presentarán por escrito dentro de los siguientes plazos:

Título VI: a más tardar 180 días a partir de la fecha de la supuesta discriminación

ADA: a más tardar 60 días a partir de la fecha de la supuesta discriminación

Las quejas incluirán el nombre, la dirección y el número de teléfono del demandante, junto con la ubicación, la fecha y la descripción del problema. Las quejas se procesarán de acuerdo con la ley aplicable.

El Condado de Marion no discrimina por raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad, religión o estado familiar en ningún programa o servicio. Las personas con preguntas sobre la no discriminación o aquellos que necesitan alojamiento especial bajo la ADA o los servicios de idiomas deben comunicarse con Tom Wilder al (352) 620-3071.

Para presentar una queja, complete el siguiente formulario y envíe por correo a Marion Transit of Division of Marion Senior Services, Inc. al 1101 SW 20th Court, FL 34471.

Presentar una queja de Derechos Civiles / ADA:

Sección I

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono (casa): _____

Trabajo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Requisitos de formato accesible (círculo):

Letra grande
TDD

Cinta de audio
Otro

Sección II

¿Está llenando esta queja en su propio nombre? [] Si [] No

* Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III

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

Nombre _____ Relación _____

Explique por qué ha solicitado un tercero:

Confirme que ha obtenido el permiso de la parte perjudicada si está presentando una demanda en nombre de un tercero. [] Si [] No

Sección III

Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda):

[] Raza [] Color [] Origen Nacional [] Género
[] Edad [] Religión [] Discapacidad [] Estado familiar

Fecha de presunta discriminación (Mes, Día, Año)

Explique lo más claramente posible qué sucedió y por qué cree fue discriminado. Describe a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya la información del nombre y del contacto de la persona (s) que lo discriminó (si lo sabe), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Incluya cualquier otra información que nos ayude en nuestra investigación de las alegaciones. También proporcione cualquier otra documentación que sea relevante para esta queja.

Sección IV

¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal?

[] Si [] No

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

[] Agencia Federal [] Agencia del Estado
[] Corte Federal [] Agencia Local
[] Tribunal Estatal

Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.

Nombre: _____

Título: _____

Agencia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Sección V

El nombre de la queja de la agencia está en contra:

Persona de contacto: _____

Número de Teléfono: _____

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su reclamo.

Firma _____ Fecha _____

Envíe este formulario en persona a la siguiente dirección, o envíe este formulario por correo a:

**Marion Transit Services a Division of Marion Senior Services, Inc.
Tom Wilder, Transportation Director
1101 SW 20th Court
Ocala, FL 34471**