



Civil Rights Complaint Form

Title VI of the 1964 Civil Rights Act and related non-discrimination statutes and regulations require that no person in the United States shall, on the ground of race, color, national origin be excluded from participation in, be denied the benefits of, or be subjected to discrimination under any program or activity receiving federal financial assistance. Therapeutic Living Centers for the Blind (TLC) also prohibits discrimination based on sex, age, disability, religion, medical condition, marital status, or sexual orientation.

In addition to utilizing the Civil Rights complaint process at TLC, a Complainant may file a Title VI complaint concerning race, color or national origin discrimination with the Federal Transit Administration (FTA), Office of Civil Rights, Region IX, 201 Mission Street, Suite 1650, San Francisco, CA 94105-1839. A Complainant may file an Americans with Disabilities Act (ADA) complaint with the FTA, Director, FTA Office of Civil Rights, East Building – 5th Floor, TCR, 1200 New Jersey Ave., SE, Washington, DC 20590. Complainants may also contact the FTA ADA Assistance Line, 1-888-446-4511 (Voice) or through the Federal Information Assistance Line, 1-888-877-8339 or by electronic mail at FTA.ADAAssistance@dot.gov. The FTA ADA Complaint Form is available at http://www.fta.dot.gov/civilrights/12875_14816.html.

The following information is necessary to assist us in processing you complaint. Should you require assistance in completing this form, please let us know.

Complete and return this form to:

Therapeutic Living Centers for the Blind, 7915 Lindley Ave., Reseda, CA 91335

1. Complainant's Name: _____
2. Address: _____
3. City: _____ State: _____ Zip: _____
4. Phone Number: _____ (Home) _____ (Business)
5. Person discriminated against (if someone other than the Complainant):
 Name: _____
 Address: _____
 City: _____ State: _____ Zip: _____



6. Which of the following best describes the reason you believe the discrimination took place? Was it because of your: (Please circle all options that are applicable)

- A. Race B. Color C. National Origin D. Sex E. Age
- F. Disability G. Religion H. Medical Condition I. Marital Status
- J. Sexual Orientation

7. What date did the alleged discrimination take place? _____

8. In your own words, describe the alleged discrimination. Explain what happened and whom you believe was responsible. Please use the back of this form if additional space is required.

9. Have you filed this complaint with any other federal, state, or local agency; or with any federal or state court?

- Yes No

If yes, check each box that applies:

- Federal Agency Federal Court State Agency State Court
- Local Agency

10. Please provide information about a contact person at the agency/court where the complaint was filed.

Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____



tlc

Therapeutic Living Centers
for the Blind

11. Please sign below. You may attach any written materials or other information that you think is relevant to your complaint.

Complainant's Signature

Date



Formulario de Denuncia de Derechos Civiles

El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y estatutos y reglamentos relacionados con la no discriminación requieren que ninguna persona en los Estados Unidos, por motivo de raza, color u origen nacional, sea excluida de participación, le sean negados beneficios o sea sujeta a discriminación bajo ningún programa o actividad que reciba asistencia financiera federal. Además del Título VI, Metro también prohíbe la discriminación basada en sexo, edad, discapacidad, religión, condición médica, estado civil u orientación sexual.

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su denuncia. Si usted necesita ayuda para completar este formulario, por favor contáctenos.

Complete y envíe este formulario a:

Therapeutic Living Centers for the Blind, 7915 Lindley Ave., Reseda, CA 91335

1. Nombre del denunciante: _____

2. Domicilio: _____

3. Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

4. Número de teléfono : _____ (Casa) _____ (Trabajo)

5. Persona que sufrió la discriminación (si es diferente a la persona que presenta la denuncia):
Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

6. ¿Cuál de las siguientes razones describe mejor la razón por la cual usted cree que ocurrió la discriminación? Fue debido a su:

 Raza Color Origen Nacional Sexo Edad
 Discapacidad Religión Condición médica Estado Civil
 Orientación sexual



7. ¿Cuándo ocurrió la supuesta discriminación? _____

8. En sus propias palabras, describa la supuesta discriminación. Explique lo que pasó y quién considera usted que fue responsable. Por favor utilice el reverso de este formulario si necesita espacio adicional.

9. ¿Ha presentado usted esta denuncia a otra agencia federal, estatal o local?; ¿O a alguna corte federal o estatal?

Sí No

En caso afirmativo, marque cada casilla que corresponda:

Agencia Federal Corte Federal Agencia Estatal Corte Estatal
 Agencia Local

10. Por favor proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia o corte donde se presentó la denuncia.

Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal : _____

11. Por favor, firme abajo. Usted puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que considere relevante para su denuncia.

Firma del denunciante