

## Formulario de quejas sobre la ADA y el Título VI

### Antecedentes

Este formulario se utiliza para presentar quejas tanto bajo el Título VI como bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA).

La Ley de Derechos Civiles de 1964 (Título VI) identifica las tres clases protegidas por el Título VI — raza, color y origen nacional— y permite al denunciante seleccionar una o más de dichas clases protegidas como base(s) de la discriminación. Si alguna de las poblaciones con dominio limitado del inglés (LEP, por sus siglas en inglés) en nuestra área de servicio cumple con el umbral de "Puerto Seguro" (\*Safe Harbor\*), el procedimiento se proporcionará tanto en inglés como en cualquier otro idioma(s) hablado(s) por las poblaciones LEP que cumplan con dicho umbral.

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA) ofrece protección para garantizar que ningún individuo con una discapacidad sea, por motivos de dicha discapacidad, excluido de participar en, privado de los beneficios de, o sujeto a discriminación bajo cualquier programa, servicio o actividad financiada con fondos federales.

La Ciudad de Wilson se compromete a brindar un servicio no discriminatorio para asegurar que ninguna persona sea excluida de participar en, privada de los beneficios de, o sujeta a discriminación en la recepción de sus servicios por motivos de raza, color u origen nacional, tal como lo protege el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (Título VI); asimismo, se compromete a brindar protección para asegurar que ningún individuo con una discapacidad sea, por motivos de dicha discapacidad, excluido de participar en, privado de los beneficios de, o sujeto a discriminación, tal como se establece en la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA).

Si considera que ha sido objeto de discriminación, por favor proporcione la siguiente información necesaria para facilitar el procesamiento de su queja. **Si necesita asistencia para completar el formulario, o si tiene alguna pregunta, no dude en llamar al Coordinador de la ADA/Título VI al 252-399-2489. Una vez completado, envíe una copia firmada y fechada a:**

**Gerente de Transporte**

**PO Box 10 Wilson, NC 27894**

Nota: La siguiente información es necesaria para ayudarnos a tramitar su queja. Si necesita asistencia para completar este formulario, por favor llame al 252-399-2489.

Por favor, marque una de las siguientes opciones:

Queja bajo la Ley ADA      o       Queja bajo el Título VI

**Parte I.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Formatos adicionales requeridos:

- Ninguno                       TDD  
 Letra grande                 Cinta de audio  
 Otro

**Parte II.**

¿Está presentando esta queja en su propio nombre?

- Sí – Continúe con la Parte III  
 No – Por favor, indique el nombre de la persona y su relación con ella:

Nombre del individuo: \_\_\_\_\_

Su relación: \_\_\_\_\_

Por favor, explique por qué ha presentado la queja en nombre de un tercero:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Confirme:

- He obtenido el permiso de la parte agraviada para presentar este formulario en su nombre.

No he confirmado el permiso para presentar este formulario en nombre de la parte agraviada.

**Parte III.**

Considero que la discriminación que sufrí se basó en:

Raza

Color

Origen nacional

Mi discapacidad

Otro: \_\_\_\_\_

Fecha de la presunta discriminación: \_\_\_\_\_

Explique con la mayor claridad posible qué sucedió y por qué considera que fue objeto de discriminación. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que lo discriminaron (si los conoce), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo.

---

---

---

---

**Parte IV.**

¿Ha presentado anteriormente una queja bajo la ADA y/o el Título VI ante esta agencia?

Sí

No

**Parte V.**

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

Sí

No

En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan:

Agencia federal       Tribunal federal

Agencia estatal       Tribunal estatal

Agencia local

Por favor, proporcione la información de contacto de una persona en la agencia o tribunal donde se presentó la queja:

Nombre: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Parte VI.**

Nombre de la agencia contra la cual se presenta la queja: \_\_\_\_\_

Persona de contacto: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Aviso importante: Para proteger sus derechos, su queja debe presentarse dentro de los 180 días siguientes a la fecha de la presunta discriminación. La falta de presentación dentro de dicho plazo de 180 días podría resultar en la desestimación de la queja. Puede adjuntar a este formulario cualquier material escrito adicional u otra información que considere pertinente para su queja.

Se requieren firma y fecha a continuación.

\_\_\_\_\_

Firma de la persona que presenta la queja

\_\_\_\_\_

Fecha