

Incluso B – Título VI Formulario de Quejas

Título VI Formulario de Queja Discriminatoria Bi-State Regional Commission

Bi-State Regional Commission está dispuesto a asegurar que acualquier persona sea excluída de tener una participación en o negada de beneficios a los servicios en bási a raza, color, u origen nacional, como son proveídos por el Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1964, como amendados. Las quejas correspondientes al Título VI deberán ser registradas dentro de los 180 días a partir de la fecha de la queja alegada correspondiente a una discriminación.

La siguiente información es necesaria para asistirlos a procesar su queja. Si usted requiere alguna ayuda en completar este formulario, pónganse en contacto con el Coordinador del Título VI al llamar al (309)793-6300. El formulario completo deberá ser devuelto al Bi-State Regional Commission, 1504 Third Avenue, Third Floor, Rock Island, Illinois 61201. No se aceptan formularios que son enviados por fax, correo electrónico o diferentes transmisiones. Se recomienda que éstos sean entregados personalmente para así asegurar que la entrega ha sido hecha dentro de los límites de plazo de cierre estatutorio.

Su nombre: : _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Otro Telf: _____

Ciudad, Estado, y Código Postal: _____

Persona (as) discriminadas (si son otras personas diferentes en la queja):

Nombre: _____

Dirección, Ciudad, Estado & Código Postal: _____

Cuál de lo siguiente mejor describe la razón discriminatoria alegada que ocurrió? Chequee una:

Fecha del incidente: _____

- Raza
- Color
- Origen nacional (Idioma Inglés Limitado)
- Orientación sexual
- Edad
- Educación
- Desabilidad
 - Mental
 - Física
- Otros: _____ (especifique)

Por favor describa el alegado incidente discriminatorio. Provea los nombres y los puestos de todos los empleados de Bi-State envueltos en el asunto si se puede. Explique que sucedió y quién piensa usted que es el responsable de lo sucedido.

Título VI Formulario de Queja Discriminatoria Bi-State Regional Commission

Página 2

Por favor describa el alegado incidente discriminatorio (continua)

Ha usted registrado una queja con cualquier otra agencia federal, estatal o local? Si No

Agencia: _____ Nombre del Contacto: _____

Dirección, Ciudad, Estado y Código Postal: _____

Agencia: _____ Nombre del Contacto: _____

Dirección, Ciudad, Estado y Código Postal: _____

Yo afirmo que yo he leído lo que arriba acuso, es verídico y de mi mejor recolección, información y conocimiento.

X _____

Firma del que se queja

Teléfono

Imprima o Tipee el Nombre del que se queja

Fecha recibida: _____

Recibido por: _____