

**Comisión Regional de Transporte del Condado de Santa Cruz**

**Formulario de queja por discriminación**

**INSTRUCCIONES:** Este formulario se puede imprimir. El formulario también se puede completar en línea en: <https://sccrtc.org/about/title-vi-civil-rights-program/>. Solo complete, imprima y envíe a: Comisión Regional de Transporte del Condado de Santa Cruz (RTC)

Atención: Coordinador de No Discriminación/Título VI/ADA

por medio de correo electrónico a info@sccrtc.org o

a través de un correo a 1101 Pacific Ave, Ste 250 Santa Cruz, CA 95060

**Si necesita ayuda para completar este formulario, llame al 831-460-3200.**

La Comisión Regional de Transporte del Condado de Santa Cruz (Santa Cruz County Regional Transportation Commission, SCCRTC) opera sus programas, proyectos, servicios y actividades de conformidad con las leyes estatales y federales, incluyendoel Título VI de la Ley de Derechos Civiles (Título VI), la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), y las políticas y directrices del DOT de EE. UU. y de California. La SCCRTC está obligado a realizar su trabajo sin discriminación ilegal por motivos de raza, color, origen nacional, edad, sexo, discapacidad, credo religioso, orientación sexual, ascendencia o condición de veterano. La RTC también está obligada a ofrecer una participación plena y justa a todos los grupos socioeconómicos a lo largo de sus procesos de planificación y toma de decisiones. Además, la RTC tiene la obligación de ofrecer un acceso significativo a sus programas, servicios y actividades para las personas con dominio limitado del inglés.

**Si siente que ha sido discriminado, comuníquese con el Coordinador de No Discriminación/Título VI/ADA de RTC y proporcione la siguiente información para ayudar a RTC a procesar su queja. Este formulario está disponible en formatos alternativos y en múltiples idiomas. Si necesita estos servicios o cualquier otra asistencia para completar este formulario, comuníquese con nosotros.**

Escriba con claridad

1. Información de contacto

Nombre:

Dirección:

Ciudad, estado, código postal:

Número de teléfono:

Correo electrónico:

¿Requisitos de formato accesible?

 \_\_\_\_ (Letra grande) \_\_\_\_ (Cinta de audio) \_\_\_\_ (TDD) \_\_\_\_ (Otro)

1. ¿Quién es la persona que usted afirma fue víctima de discriminación o de una violación de la ADA?

☐ Usted ☐ Un individuo externo ☐ Un grupo de personas

Si está presentando esta queja en nombre de otra persona, por favor indique el nombre y la relación de la persona en cuyo nombre presenta este formulario de queja y explique por qué lo ha hecho en nombre de un tercero:

Nombre:

Relación:

Por qué ha presentado una solicitud para un tercero:

Si presenta la queja en nombre de un tercero, ha obtenido el permiso de la parte agraviada. ☐ Sí ☐ No

1. Creo que la discriminación sufrida se basó en (indique la naturaleza de la presunta discriminación y marque todas las que correspondan)

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ Raza☐ Color☐ Origen nacional☐ Dominio del inglés☐ Discapacidad☐ Edad☐ Sexo☐ Religión☐ Credo | ☐ Orientación sexual☐ Identidad de género☐ Expresión de género☐ Ascendencia☐ Estado de veterano☐ Nivel socioeconómico (bajos ingresos)☐ Antecedentes/Cultura☐ Otro |

1. **Información sobre la presunta discriminación.**

Describa la acción o decisión que le hizo creer que había discriminación. Incluya una descripción de lo que sucedió y de cómo usted o la persona o grupo en cuyo nombre presenta la queja fueron discriminados. Incluya nombres, fechas, horas, testigos y cualquier otra información que pueda ayudarnos en nuestra investigación de sus acusaciones. Incluya cualquier otra documentación que sea pertinente para esta queja. Puede adjuntar páginas adicionales para explicar su queja.

Fecha y lugar del suceso:

Nombres de las personas que cree que se está discriminando:

Indique los nombres y números de teléfono de todos los testigos:

1. ¿Qué tipo de acción correctiva o solución le gustaría que se tomara?
2. ¿Consiente que el investigador comparta su nombre y otra información personal con otras partes involucradas en este asunto siempre que esto ayude a investigar y resolver su queja? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Ha presentado anteriormente una queja del Título VI ante esta agencia? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Ha presentado esta queja ante algún otro organismo federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal? ☐ Sí ☐ No
5. Si la respuesta es sí, facilite **información de contacto de la agencia o tribunal** donde se presentó la queja:

Agencia:

Nombre:

Título:

Dirección:

Número de teléfono:

Correo electrónico:

1. Si la respuesta es sí, facilite una copia de la queja.
2. Si la respuesta es sí, ¿ha presentado una queja respecto a esta queja?

☐ Sí ☐ No

*Puede adjuntar cualquier material escrito adicional u otra información que considere relevante para su queja.*

**Afirmación**

Creo que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Firma y fecha requeridas a continuación:

Firma:

Nombre completo:

Fecha:

**Presente este formulario firmado en persona o por correo a la dirección que se muestra a continuación, o envíelo por correo electrónico a info@sccrtc.org.**

Coordinador de No Discriminación/Título VI/ADA de la RTC

1101 Pacific Avenue, Suite 250

Santa Cruz, CA 95060

info@sccrtc.org