

FORMULARIO DE DENUNCIA POR DISCRIMINACIÓN SEGÚN EL TÍTULO VI

Proporcione la siguiente información para procesar su denuncia. Si lo solicita, puede recibir asistencia. Complete este formulario y envíelo por correo postal o entréguelo en:

Title VI Compliance Officer, DRPT, 600 E. Main Street, Suite 2102, Richmond, VA 23219.

Puede comunicarse con nuestra oficina de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. al 804.786.4440, o puede enviar un correo electrónico al agente de cumplimiento del Título VI del Departamento de Transporte Ferroviario y Público de Virginia (Department of Rail and Public Transportation, DRPT: la agencia que supervisa el servicio de autobuses interurbanos de Virginia Breeze) a drptpr@drpt.virginia.gov.

Nombre del denunciante: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Numero de teléfono (Personal): _____ **(Comercial):** _____

Dirección de correo electrónico: _____

Persona discriminada (si no es el denunciante):

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Número de teléfono: _____

El nombre y la dirección de la agencia, institución o departamento que usted considera que lo discriminó.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Fecha del incidente que resultó en discriminación: _____

Identifique la categoría de discriminación:

Raza _____

Color _____

País de origen _____

Describa cómo fue discriminado. ¿Qué pasó y quién fue el responsable? Si necesita espacio adicional, use la parte de atrás del formulario o adjunte hojas adicionales al formulario.

¿Esta denuncia involucra a un individuo específico asociado con el DRPT? En caso afirmativo, proporcione los nombres de las personas, si los conoce.

¿Dónde ocurrió el incidente?

¿Hay algún testigo? En caso afirmativo, proporcione su información de contacto:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

¿Presentó esta denuncia ante otra agencia federal, estatal o local? ¿O ante un tribunal federal o estatal?

Sí

No

Si la respuesta es Sí, marque la agencia ante la que presentó la denuncia:

Agencia federal

Tribunal federal

Agencia estatal

Tribunal estatal

Agencia local

Otro

Proporcione la información de la persona de contacto de la agencia ante la que también presentó la denuncia:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de presentación: _____

Firme la denuncia en el espacio de abajo. Adjunte cualquier documento que crea que respalde su denuncia.

Firma del denunciante

Fecha de la firma