Consejo de Gobiernos de Lower Savannah

Formulario de queja sobre el Título VI

Este formulario debe ser completado por cualquier persona que crea que ha sufrido discriminación por motivo de raza, color de piel o nacionalidad de origen al recibir servicios de transporte. Envíe esta queja de inmediato, pero no más de 180 días después, a:

Consejo de Gobiernos de Lower Savannah (LSCOG)
PO Box 850 o 2748 Wagener Rd, Aiken, SC 29801
803-649-7981 Recepción

Sección 1:
Nombre completo:
Domicilio:
Teléfono:
Dirección de correo electrónico:
¿Se necesita en formatos accesibles? Encierre en un círculo: Letra grande TDD Otro:
Sección II:
¿Está presentando esta queja a nombre propio? Encierre en un círculo: SÍ NO
Si la respuesta es "Sí", pase a la Sección III.
Si la respuesta es "No", ingrese su nombre completo y relación con la persona a nombre de quien presenta la queja:
Explique por qué presenta la queja a nombre de un tercero:
Si presenta la solicitud a nombre de un tercero, confirme que ha obtenido autorización de la parte perjudicada para hacerlo. Encierre en un círculo: SÍ NO
Sección III:
Creo que hubo discriminación en base a: (Marque todas las que correspondan) [ ] Raza [ ] Color de piel [ ] Nacionalidad de origen
Fecha de la supuesta discriminación: (mes/día/año)
Identifique a la persona o agencia involucrada en la supuesta discriminación:

Sección IV:
Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que lo discriminaron. Incluya los nombres de los involucrados o testigos (si los conoce). Si es necesario, utilice otra hoja de papel más.

Sección V:
¿Ha presentado esta queja ante otras agencias o tribunales locales, estatales o federales? Si la respuesta es "Sí", identifique la agencia y la información de contacto de esa agencia:
Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante a su queja.
X
Firma arriba (obligatorio) **Fecha arriba** (obligatorio)