



112 MacTanly Place  
Staunton, VA 24401

Phone: (540) 885-5174  
Fax: (540) 885-2687

## Title VI Discrimination Complaint Form

BRITE Bus Transit Services

<b>Sección I:</b>			
<b>Nombre:</b>			
<b>Dirección:</b>			
<b>Teléfono (Casa):</b>		<b>Teléfono (Trabajo):</b>	
Dirección de Correo Electrónico:			
Requisitos formato accesible?	Letra Grande		<b>Audio Tape</b>
	TDD		<b>Otros</b>
<b>Sección II:</b>			
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?		Si*	No
* Si su respuesta es "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.			
Si no es así, sírvase proporcionar el nombre y la relación de la persona para quien se queja:			
Por favor, explique por qué usted ha presentado para un tercero:			
Por favor, confirma que ha obtenido el permiso de la parte perjudicada, si usted está presentando en nombre de un tercero.		Si	No
<b>Sección III:</b>			
Creo que la discriminación que experimenté fue basado en (marque todo lo que corresponda):			
[ ] Carrera                      [ ] Color                                      [ ] Origen Nacional			
Fecha de la Discriminación Presunta (mes, día, año): _____			
Explique lo más claramente posible lo que pasó y por qué cree que fue discriminado. Describir todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que lo discriminó (si se conoce), así como los nombres y la información de los testigos en contacto. Si se necesita más espacio, por favor use la parte de atrás de este formulario.			
_____			
_____			
<b>Sección IV</b>			
¿Ha presentado previamente una queja del Título VI con esta agencia?		Si	No



112 MacTanly Place  
Staunton, VA 24401

Phone: (540) 885-5174  
Fax: (540) 885-2687

<b>Sección V</b>
¿Ha presentado esta queja con cualquier otro, estatal o agencia local Federal, o con cualquier corte federal o estatal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Agencia Federal _____ <input type="checkbox"/> Tribunal Federal _____ <input type="checkbox"/> Agencia Estatal _____ <input type="checkbox"/> Tribunal Estatal _____ <input type="checkbox"/> Agencia Local _____
Sírvanse proporcionar información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la denuncia.
<b>Nombre:</b>
<b>Título:</b>
<b>Agencia:</b>
<b>Dirección:</b>
<b>Teléfono:</b>
<b>Sección VI</b>
Nombre de la agencia de queja es en contra:
Persona de contacto:
Título:
Número de teléfono:

Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que usted piensa que es relevante para su queja.

Firma y fecha requerida a continuación

\_\_\_\_\_

Firma Fecha

Por favor, envíe este formulario en persona en la dirección indicada más abajo, o envíe este formulario a:

Bonnie S. Riedesel, Título VI Oficial de Cumplimiento  
112 MacTanly Place, Staunton, Virginia, 24401  
Teléfono: 540-885-5174; Email: [bonnie@cspdc.org](mailto:bonnie@cspdc.org)