



Rhode Island Public Transit Authority

Título VI Formulario de Queja

RIPTA está cometido a asegurar que las personas no sean excluidas de participación ni negado a los beneficios de sus servicios por raza, el color de la piel, ni origen nacional, como proporcionado por Título VI del Acto Civil de Derechos de 1964, como enmendado. **Quejas de Título VI deben ser archivadas dentro de 180 días de la fecha de la discriminación presunta.**

La información siguiente es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si requiere cualquier ayuda para completar esta forma, por favor contacte a la Oficina de Servicios al Cliente, llamando (401) 781-9400. La forma completada debe ser devuelta a RIPTA a través de correo electrónico: jwilliford@ripta.com o enviada a: 705 Elmwood Avenue, Providence, RI 02907, A LA ATENCIÓN DE: Legal Compliance Counsel.

Nombre:	Teléfono:	Teléfono Alt.:
Calle:	Ciudad, Estado, Código Postal:	
Las personas que fueron discriminadas en contra (Si es alguien además de la persona que hace la queja):		
Nombre(s):		
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal:		

¿Cuál del siguiente describe mejor la razón para la discriminación presunta que sucedió? (Seleccione uno)

Fecha de incidente: _____

- Raza
- El color de la piel
- Origen Nacional (Habilidades Limitadas en el Inglés)

Por favor describa el presunto incidente de discriminación. Proporcione nombres y títulos de todos los empleados de RIPTA implicados, si es disponible. Por favor proporcione los mas detalles posible: número de ruta, la fecha y el tiempo de día, número de autobús, los nombres e información de contacto para testigos. Explique lo que sucedió y quien usted cree fue responsable. Por favor utilice el dorso de esta forma si el espacio adicional es requerido.

Rellene el dorso de formulario

RIPTA Título VI Formulario de Queja

Por favor, describa el presunto incidente de discriminación (continuo).

Multiple horizontal lines for describing the incident.

¿Ha archivado una queja con cualquier otra agencia federal, estatal o local? (Trace un círculo alrededor de uno) Sí / No

Si eso es el caso, haga una lista abajo de la agencia/agencias e información de contacto.

Agency: _____ Nombre de Contacto: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____

Agency: _____ Nombre de Contacto: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____

I affirm that I have read the above charge and that it is true to the best of my knowledge, information and belief.
Afirmo que he leído la carga previamente mencionada y que es verdad según entiendo, información y creencia.

Firma de la persona que hace la queja _____ Fecha _____

Imprima o escriba el nombre de la Persona que hace la queja

La fecha Recibió: _____
Recibido Por: _____