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 envíada 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)

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

Fecha de incidente: _____

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).

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

¿Ha archivado una queja con cualquier otra agencia federal, estatál 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.

Agencia: _____ 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: _____