



Dipartimento del Trasporto Pubblico del Rhode Island Titolo

VI - Modulo di Reclamo

RIPTA si impegna a garantire che nessuna persona sia esclusa dalla partecipazione ai suoi servizi o le siano negati i benefici sulla base della razza, del colore o della nazionalità, come previsto dal Titolo VI della Legge sui diritti Civili del 1964, e successive modifiche. **I reclami inerenti al Titolo VI devono essere presentati entro 180 giorni dalla data della presunta discriminazione.**

Le seguenti informazioni sono necessarie per aiutarci ad elaborare il reclamo. Se si necessita di assistenza per la compilazione di questo modulo, contattare il Servizio Clienti chiamando il numero (401) 781-9400. Il modulo compilato deve essere inviato a RIPTA via e-mail: [jwilliford@ripta.com](mailto:jwilliford@ripta.com) O all'indirizzo: 705 Elmwood Avenue, Providence, RI 02907, all'attenzione di: Consulente per la conformità legale.

Nome	Numero di telefono:	Alt. Numero di telefono:
Indirizzo:	Città, Provincia, CAP:	
Persona/e discriminata/e (se diversa/e dal reclamante):		
Nome/i:		
Indirizzo, Città, Provincia e CAP:		

Quale delle seguenti descrive meglio il motivo della presunta discriminazione avvenuta? (Scegliere un'opzione)

Data dell'incidente: \_\_\_\_\_

- Razza
- Colore
- Nazionalità (conoscenza limitata dell'inglese)

Si prega di descrivere il presunto incidente di discriminazione. Fornire nomi e qualifiche di tutti i dipendenti RIPTA coinvolti, se disponibili. Si prega di fornire quanti più dettagli possibile: percorso dell'autobus, data e ora, numero dell'autobus, nomi e informazioni di contatto dei testimoni. Spiegare cosa è successo e chi si ritiene sia responsabile. Usare il retro di questo modulo se si ha bisogno di spazio aggiuntivo.

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Modulo di reclamo inerente al Titolo VI di RIPTA

Si prega di descrivere il presunto incidente di discriminazione (continuo)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

È stata sporta denuncia presso qualche altra agenzia federale, statale o locale? (sceglierne un'opzione)  
Sì/No In caso affermativo, elencare l'agenzia/le agenzie e le informazioni di contatto qui sotto:

Agenzia: \_\_\_\_\_ Contatto: \_\_\_\_\_

Indirizzo, Città, Provincia e CAP: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Agenzia : \_\_\_\_\_ Contatto: \_\_\_\_\_

Indirizzo, Città, Provincia e CAP: \_\_\_\_\_

Contatto: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver letto l'accusa di cui sopra e che, al meglio delle mie conoscenze, informazioni e convinzioni, essa corrisponde alla verità .

\_\_\_\_\_  
Firma del Denunciante Data

\_\_\_\_\_  
Nome del Denunciante in stampatello

Data ricezione: _____
Ricevuto da: _____