



## Autoridad de Transporte Público de Rhode Island

### Formulario de quejas del título VI

La Autoridad de Transporte Público de Rhode Island (RIPTA, Rhode Island Public Transportation Authority) está comprometida a garantizar que ninguna persona se vea excluida de la participación en sus servicios, y que a nadie se le nieguen los beneficios de estos, por motivos de raza, color o nacionalidad, según lo estipulado por el título VI de la Civil Rights Act (Ley de Derechos Civiles) de 1964 y sus enmiendas. **Las quejas por el título VI deben completarse dentro de los 180 días a partir de la fecha de la presunta discriminación.**

Es necesaria la siguiente información para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita asistencia para completar este formulario, comuníquese con nuestro centro de Atención al Cliente al (401) 781-9400. El formulario completo debe enviarse a la RIPTA por correo electrónico: [jwilliford@ripta.com](mailto:jwilliford@ripta.com) O por correo a: 705 Elmwood Avenue, Providence, RI 02907, ATTN: Legal Compliance Counsel.

Su nombre:	Teléfono:	Teléfono alternativo:
Dirección:	Ciudad, estado, código postal:	
Personas a las que se discriminó (si no es el demandante):		
Nombre(s):		
Dirección, ciudad, estado y código postal:		

¿Cuál de los siguientes describe mejor la razón de la presunta discriminación que se produjo? (Seleccione una opción)

- Raza
- Color
- Nacionalidad (conocimiento limitado del inglés)

Fecha del incidente: \_\_\_\_\_

Describa el presunto incidente de discriminación. Dé los nombres y los cargos de todos los empleados de la RIPTA, si los sabe. Indique toda la información posible: número de ruta, fecha y hora, número de autobús, nombres e información de contacto de los testigos. Explique qué sucedió y quién cree que fue responsable. Utilice el reverso de este formulario si necesita más espacio.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Complete el reverso del formulario.

Formulario de quejas por el título VI de la RIPTA

Describe el presunto incidente de discriminación (continuación).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

¿Presentó una queja ante otra agencia federal, estatal o local? (Marque con un círculo) Sí / No

En caso afirmativo, indique las agencias y la información de contacto a continuación:

Agencia: \_\_\_\_\_ Nombre de contacto: \_\_\_\_\_

Dirección, ciudad, estado y código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_ Nombre de contacto: \_\_\_\_\_

Dirección, ciudad, estado y código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Afirmo que he leído la acusación previa y que es verdadera a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_

Firma del demandante

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba en letra de imprenta o a máquina el nombre del demandante

Fecha de recepción: _____
Recibido por: _____