



Rhode Island Public Transit Authority Título VI Formulario de Queja

RIPTA está comprometido a asegurar que las personas no sean excluidas de la participación ni negado a los beneficios de sus servicios por raza, el color de la piel, ni origen nacional esta 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 con su queja. Si requiere cualquier ayuda para completar esta forma, contacta por favor La Oficina de Servicio de Atención al cliente llamando (401) 781-9400. La forma completada debe ser devuelta a RIPTA a través de correo electrónico: mbarbary@ripta.com O envía a: 705 705 Elmwood Avenue, Providence, RI 02907, A LA ATENCION DE. Oficial Civil de Derechos.

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

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

La fecha de incidente: _____

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

Describa por favor el incidente presunta de discriminación. Proporcione nombres y títulos de todos los empleados de RIPTA implicados si es disponible. Proporcione por favor tanto detalles como posible: número de ruta, la fecha y el tiempo de día, número de autobús, los nombres y contacte información para testigos. Explique lo que sucedió y quien usted cree fue responsable. Utilice por favor el dorso de esta forma si el espacio adicional es requerido.

Rellene del dorso de formulario

RIPTA Título VI Formulario de Queja

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

¿Ha archivado una queja con cualquier otro agencia federal, del estado o local? (Trace un círculo alrededor de uno) Sí/No
Si eso es el caso, hace una lista abajo de la agencia/agencias y contacte información.

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 antes mencionada y que es verdad que yo sepa, información y creencia.

Firma de la persona que hace la queja Fecha

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

La fecha Recibió: _____
Recibido Por: _____