



Formato de Quejas bajo el Título VI

Metro está comprometido a ofrecer a nuestra comunidad un transporte seguro, puntual, costeable y con enfoque en el cliente. De tal forma, Metro desarrolla sus programas y servicios sin considerar raza, color, nacionalidad de origen, edad, género o discapacidad. Si siente que ha sido discriminado en base a una de las características antes mencionadas, usted tiene el derecho a presentar una queja.

Instrucciones: Si desea presentar a Metro un formato de Quejas bajo el Título IV, favor de llenar el siguiente formato y enviarlo a:

Metro
At'n: Tim Reynolds
602 Main Street, Suite 1100
Cincinnati, OH 45202.

También puede enviar el formato por fax al 513-632-9202, con atención a: Tim Reynolds. Si tienen preguntas acerca de este procedimiento, favor de llamar al: 513-632-7575.

1. Nombre (manifestante):

2. Teléfono: (_____) _____

3. Domicilio (Calle, #, Ciudad, Estado, Código Postal):

4. Cuando sea el caso, nombre y título de la/las persona/s que, según se alega, le discriminó:

5. Lugar donde el supuesto incidente se llevó a cabo:

6. Fecha del supuesto incidente (o periodo de tiempo en que se dieron los hechos en más de una ocasión):

7. ¿Sigue ocurriendo esta actividad?

Sí No

8. La discriminación se basó en:

Raza/Color Género (incluye acoso sexual)

Veterano de Vietnam Nacionalidad de origen

Orientación Sexual Veterano con discapacidad

Credo/Religión Discapacidad

Edad Represalia

9. En sus propias palabras, describa la supuesta discriminación. Asegúrese de incluir como es que fue tratado de diferente manera. Si necesita más espacio, favor de usar el reverso de este formato u otra página.

10. Favor de listar a la/s persona/s que pudiéramos contactar para obtener información adicional que ayuden a esclarecer o apoyar su queja:

11. ¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante alguna corte federal o estatal?

Sí No

Si contestó sí, marque todas las opciones que sean aplicables:

Agencia Federal Corte Federal Agencia Estatal

Corte Estatal Agencia Local

Favor de proporcionar el nombre y número telefónico de la persona a contactar en la agencia/corte donde su queja ha sido presentada:

12. Favor de firmar abajo. Puede adjuntar cualquier información escrita o de otro tipo que usted considere relevante para su queja.

Firma:

Fecha: