

# Macon-Bibb County Transit Authority

## Title VI Complaint Form

English

<b>Section I:</b>				
<b>Name:</b>				
<b>Address:</b>				
<b>Telephone (Home):</b>			<b>Telephone (Work):</b>	
Electronic Mail Address:				
Accessible Format Requirements?	Large Print		Audio Tape	
	TDD		Other	
<b>Section II:</b>				
Are you filing this complaint on your own behalf?			Yes*	No
*If you answered "yes" to this question, go to Section III.				
If not, please supply the name and relationship of the person for whom you are complaining:				
Please explain why you have filed for a third party: _____				
Please confirm that you have obtained the permission of the aggrieved party if you are filing on behalf of a third party.			Yes	No
<b>Section III:</b>				
I believe the discrimination I experienced was based on (check all that apply):				
<input type="checkbox"/> Race <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> National Origin <input type="checkbox"/> Age <input type="checkbox"/> Disability <input type="checkbox"/> Family or Religious Status <input type="checkbox"/> Other (explain) _____				
Date of Alleged Discrimination (Month, Day, Year): _____				
Explain as clearly as possible what happened and why you believe you were discriminated against. Describe all persons who were involved. Include the name and contact information of the person(s) who discriminated against you (if known) as well as names and contact information of any witnesses. If more space is needed, please use the back of this form.  _____  _____				

<b>Section IV</b>		
Have you previously filed a Title VI complaint with this agency?	Yes	No
<b>Section V</b>		
Have you filed this complaint with any other Federal, State, or local agency, or with any Federal or State court?		
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, check all that apply: <input type="checkbox"/> Federal Agency: _____ <input type="checkbox"/> Federal Court _____ <input type="checkbox"/> State Agency _____ <input type="checkbox"/> State Court _____ <input type="checkbox"/> Local Agency _____		
Please provide information about a contact person at the agency/court where the complaint was filed.		
<b>Name:</b>		
<b>Title:</b>		
<b>Agency:</b>		
<b>Address:</b>		
<b>Telephone:</b>		
<b>Section VI</b>		
Name of agency complaint is against:		
Contact person:		
Title:		
Telephone number:		

You may attach any written materials or other information that you think is relevant to your complaint.

Signature and date required below

\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Please submit this form in person at the address below, or mail this form to:

Debbie Vetter  
 Human Resources Manager  
 Macon Transit Authority  
 2737 Broadway  
 Macon, GA 31206

# Macon-Bibb County Transit Authority

## Formulario de Queja Titulo VI Español

<b>Seccion I:</b>				
<b>Nombre:</b>				
<b>Dirección:</b>				
<b>Teléfono (casa):</b>			<b>Teléfono (trabajo):</b>	
Correo Electronico:				
¿Requisitos de formato accesible?	Letras grandes		Audio	
	TDD		Otro	
<b>Seccion II:</b>				
¿Está usted presentando esta queja en su nombre?			Si*	No
*Si usted contesto "Si" a esta pregunta, ir a la Sección III.				
Si no, por favor suministre el nombre y la relación de la persona quien se queja:				
Por favor explique por que está presentando por un tercero: _____				
Por favor confirme que ha obtenido el permiso de la persona discriminada si está presentando por un tercero.			Si	No
<b>Seccion III:</b>				
Creo que he sido objeto de discriminación basada en (marque todas las que apliquen):				
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Situación familiar o religiosa <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____				
Fecha de la supuesta discriminación (Mes, Día, Año): _____				
Explicar claramente lo que paso o porque usted cree que fue discriminando. Describa todas las personas que estuvieron involucrados. Incluya el nombre e información de la persona/personas que fueron discriminados (si lo sabe) asi como los nombres e información de testigos. Si necesita más espacio, por favor utilice el reverso de este formulario.  _____ _____				

<b>Seccion IV</b>		
¿Anteriormente ha presentado una queja del Titulo VI con esta agencia?	Si	No

<b>Seccion V</b>
¿Ha presentado esta queja con otra agencia federal, estatal o local, o con la corte federal o estatal? [ ] Si [ ] No Si es si, marque todas las que apliquen: [ ] Agencia Federal: _____ [ ] Corte Federal _____ [ ] Agencia Estatal _____ [ ] Corte Estatal _____ [ ] Agencia Local _____
Por favor provee la información de la persona de contacto en la agencia/corte donde presento la queja.
<b>Nombre:</b>
<b>Título:</b>
<b>Agencia:</b>
<b>Dirección:</b>
<b>Teléfono:</b>
<b>Seccion VI</b>
Nombre de la agencia que la queja es contra:
Persona de contacto:
Título:
Teléfono:

Usted puede adjuntar cualquier material escrito o otra información pertinente a su queja. Firma y fecha son necesarias a continuación

\_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_  
Fecha

Por favor presente este formulario en persona a esta dirección, o envíe por correo a:  
Debbie Vetter  
Human Resources Manager  
Macon Transit Authority  
2737 Broadway  
Macon, GA 31206