

Title VI Discrimination Complaint Form

Title VI of the Civil Rights Act of 1964 States "No person in the United States shall, on the grounds of race, color, or national origin, be excluded from, participation in, be denied the benefits of, or be subjected to discrimination under any program or activity receiving federal financial assistance."

The Environmental Justice component of the Title VI guarantees fair treatment for all people, Macon-Bibb County Transit Authority is required to identify and address, as appropriate, disproportionately high and adverse effects of its programs, policies, and activities on minority and low-income populations. Macon-Bibb County Transit Authority is also required to take reasonable steps to ensure that Limited English Proficiency (LEP) person have meaningful access to the programs, services, and information Macon-Bibb County Transit Authority provides.

If you feel that you have been discriminated against, please provide the following necessary information in order to facilitate the processing of your complaint. Should you require assistance in completing this form, please let us know. Once completed, return a signed copy to:

Macon-Bibb County Transit Authority

Attn: Debbie Vetter

2737 Broadway

Macon, Ga. 31206

478-621-7121 (Phone) or 478-621-7112 (Fax) Georgia Relay 711

Note: to protect your rights, your complaint must be filed within **30** days of the occurrence. Failure to file within **30** days may result in dismissal of the complaint.

Complainant's Name:

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Telephone #: Home _____ Work _____ Cell _____

Person discriminated against (if someone other than Complainant)

Name: _____

Address: _____

City, State, Zip Code: _____

Telephone #: Home _____ Work _____ Cell _____

Upon what premise is your discrimination complaint based? (Check all that apply)

Race/Color

Religion

National Origin

Gender

Limited English Proficiency (LEP)

Date of alleged discrimination: _____

Describe the alleged discrimination. Explain what happened and who you believe was responsible. (For additional space, attach additional sheets of paper or use back of the form)

Where did the incident take place? Please provide location, time, bus number etc.:

Witnesses? Please provide their contact information.

Name: _____

Address: _____

City, State, Zip Code: _____

Telephone #: (Home) _____ (Work) _____ (Cell) _____

Name: _____

Address: _____

City, State, Zip Code: _____

Telephone #: (Home) _____ (Work) _____ (Cell) _____

Formulario de quejas de discriminación título VI

Título VI de la ley de derechos civiles de 1964 Estados "ninguna persona en los Estados Unidos, por motivos de raza, color u origen nacional, excluida de la participación en, ser negada los beneficios de o ser objeto de discriminación bajo cualquier programa o actividad recibiendo asistencia financiera federal".

El componente de justicia ambiental del título VI garantiza un trato equitativo para todas las personas. Macon-Bibb County Transit Authority es necesario para identificar y tratar, según proceda, desproporcionadamente alta y los efectos adversos de sus programas, políticas y las actividades sobre las minorías y las poblaciones de bajos ingresos. Macon-Bibb County Transit Authority también es necesaria para tomar las medidas razonables para asegurar que habilidad limitada en inglés persona tener acceso significativo a los programas, servicios, y proporciona información de Macon-Bibb County Transit Authority.

Si usted siente que ha sido discriminado, proporcione la siguiente información necesaria con el fin háganoslo saber. Una vez completado, envíe una copia firmada a:

Macon-Bibb County Transit Authority

Attn: Debbie Vetter

2737 Broadway

Macon, Ga. 31206

Teléfono: 478-621-7121 or Fax: 478-621-7112 Relé de Georgia: 711

Nota: Para proteger sus derechos, su queja debe ser presentada con **30** días de la ocurrencia. Falta de archivo dentro de los **30** días pueden resultar en el despido de la queja.

Nombre del denunciante:

Dirección:

Ciudad: _____ estado: _____ código postal _____

Numero de teléfono: (Inicio) _____ (trabajo) _____ (celular) _____

Persona discriminada (si alguien que no sea querellante)

Nombre::

Dirección:

Ciudad: _____ estado: _____ código postal _____

Numero de teléfono: (Inicio) _____ (trabajo) _____ (celular) _____

9/17/2018

¿En qué premisa se basa su queja de discriminación? (marque todas las que apliquen)

Raza/Color

Religión

De origen nacional

Género

Habilidad limitada en inglés

Fecha de la supuesta discriminación: _____

Describir la discriminación alegada. Explicar qué sucedió y quién crees que fue el responsable.
(Espacio adicional, adjuntar hojas adicionales de papel o use la parte posterior de la forma) _____

¿Donde ocurren los hechos? ¿Proporcione por favor la ubicación, tiempo, autobús número etc.?

¿Los testigos? Por favor proporcione su información de contacto.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **estado:** _____ **código postal:** _____

Numero de teléfono: (Inicio) _____ **(trabajo)** _____ **(celular)** _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **estado:** _____ **código postal:** _____

Numero de teléfono: (Inicio) _____ **(trabajo)** _____ **(celular)** _____

¿Cómo pueden resolver esta denuncia? (¿Cómo puede el problema ser corregida?) _____

¿Presentó esta denuncia con otra agencia federal, estatal o local o ante un tribunal federal o estatal? (*Compruebe el espacio correspondiente*) Sí No

Si tu respuesta es Sí, compruebe cada organismo con el cual se presentó una queja:

- Agencia Federal Tribunal Federal Agencia estatal
 Estado de corte Agencia Local Otros

Proporcione información de contacto de la agencia con que también presentó la queja: _____

Fecha de presentación: _____

Si necesita cualquier arreglos especiales para la comunicación con respecto a esta queja, por favor especifique formato alternativo requiere.

- en Braille CD (disco compacto)
 Impresión de gran tamaño (especificar el tamaño de fuente) _____
 Intérprete de lenguaje de señas (especificar idioma) _____
 Intérprete de lengua (idioma) _____

Firme la demanda en el espacio de abajo. Adjunte cualquier documento que crees que es compatible con su queja.

Firma del demandante

Firma fecha

Uso de oficina solamente (Office use only)

Date received: _____

by: _____