

Título VI queja forma sección I:			
Nombre:			
Dirección:		Dirección de correo electrónico:	
Teléfono (casa):			Teléfono (trabajo):
¿Requisitos de formato accesible?	Letra de gran tamaño		Cinta de audio
	TDD	Otros	
Sección II:			
¿Está presentando esta denuncia en su nombre?		Sí *	No
* Si usted respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la sección III.			
Si no, por favor suministrar el nombre y la relación de la persona para quien se quejan:			
Por favor explique por qué han presentado por un tercero:			
Por favor confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si está presentando en nombre de un tercero.		Sí	No
Sección III:			
Creo que la discriminación que viví fue basada en (marque todos que aplican): <input type="checkbox"/> Race <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> National Origin			
Fecha de la supuesta discriminación (mes, día, año): ____			
Explicar lo más claramente posible lo que sucedió y por qué usted cree que fueron discriminados. Describir a todas las personas que participaron. Incluir el nombre e información de contacto de la persona que discriminó (si se conoce) así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, utilice el dorso de este formulario.			

Sección IV			
¿Previamente se presentó una queja de título VI con esta agencia?		Sí	No
Sección V			
¿Se han presentado esta denuncia con cualquier otro Federal, estado o agencia local o con cualquier Tribunal Federal o estatal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
En caso afirmativo, marque todas las que aplican: <input type="checkbox"/> Agencia Federal:			
<input type="checkbox"/> Tribunal Federal de <input type="checkbox"/> La Agencia Estatal de			
<input type="checkbox"/> Tribunal del estado <input type="checkbox"/> Agencia local de			
Sírvanse facilitar información sobre una persona de contacto en la Agencia/tribunal donde se presentó la queja.			
Nombre:		Título:	
Agencia:			
Dirección:		Teléfono:	
Sección VI			
Nombre de denuncia de la agencia está en contra de:		Persona de contacto:	
Título:		Teléfono:	

Usted puede conectar cualquier material escrito u otra información que crees que es relevante a su queja.

Firma y fecha especificadas a continuación

Firma fecha

Por favor enviar este formulario personalmente en la dirección abajo o envíe por correo este formulario a:

Director
Municipio de Kearny Senior Transportation Servicios
645 Kearny Avenue
Kearny, NJ 07032

O enviar por correo electrónico to:kpincus@kearnynj.org