FORMULARIO DE DENUNCIA DE DISCRIMINACIÓN DEL TÍTULO VI

Este formulario puede usarse para hacer una denuncia de discriminación al Departamento de Transporte del Condado de Westchester. Sin embargo, como alternativa, usted puede enviar una carta con la misma información, firmada y remitida a la dirección al final.

Tracking Number: ________________________
(Solamente para uso de la Oficina)

Importante: Un asterisco “*” significa que esa información es obligatoria para que su denuncia sea investigada.

1. * Su nombre y dirección
   Nombre: ________________________________________________________________
   Dirección: ______________________________________________________________
   Número de Teléfono del Hogar: _____________________________________________
   Número de Teléfono del Trabajo: _____________________________________________

2. * El nombre de la persona o la compañía o área de programa que cometió la supuesta discriminación.
   Nombre: ________________________________________________________________
   Dirección: ______________________________________________________________
   Número de Teléfono: ______________________________________________________

3. * Su denuncia de discriminación está basada en cuál de las siguientes (elija la base apropiada)
   ___Raza/Color       ___País de Origen       ___Sexo       ___Credo
   ___Edad      ___Incapacidad

4. Si usted tiene un abogado ayudándole en este asunto, indique su información de contacto.
   ______________________________________________________________

5. * ¿Cuándo y dónde ocurrió la supuesta discriminación?
   ______________________________________________________________
6. * Denuncias de discriminación tienen que ser presentadas dentro de 180 días de la fecha del supuesto acto. Si el supuesto acto de discriminación en la que se basa su denuncia ocurrió hace más de 180 días, por favor explique la razón por la demora en presentar esta denuncia.

____________________________________________________________________

____________________________________________________________________

7. * Por favor describa detalladamente lo que pasó y explique la(s) razón(es) que usted cree que discriminaron contra usted. (Puede usar papel adicional si es necesario.)

____________________________________________________________________

____________________________________________________________________

____________________________________________________________________

8. Indique el nombre de cualquier persona que usted quisiera que fuera entrevistada por el investigador o con quien se deba poner en contacto con referencia a su denuncia.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre</th>
<th>Dirección</th>
<th>Número de Teléfono</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Por favor firme y ponga la fecha del documento.

____________________________________________________________________

Firma del Denunciante Fecha

Por favor haga una copia del formulario de su denuncia para sus archivos personales y envíe el original a:

Comisionado Departamento de Transporte
148 Martine Avenue
White Plains, New York 10601

Denuncias de discriminación bajo el Título VI pueden hacerse a la Administración de Tránsito Federal del Departamento de Transporte de los EE.UU. escribiendo a la Oficina de Derechos Civiles de la Administración de Tránsito Federal, Atención Coordinador del Programa Título VI, 400 7th Street SW, Room 9100, Washington, DC 20590.