

# Programa del Título VI

## Formulario de reclamación



El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 establece que “Ninguna persona en los Estados Unidos deberá, en base a su raza, color, u origen nacional, ser excluida de participar en, ser negada los beneficios de, o ser sujeta a discriminación por ningún programa o actividad que reciba ayuda federal.”

Complete la información **requerida**, luego imprima y envíe por correo el formulario completo a la dirección proporcionada **o** adjunte el pdf a un correo electrónico. La información de contacto se encuentra en la parte inferior de la página 2.

**1** Fecha: \_\_\_\_\_

**2** Nombre del demandante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Número/s de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Método preferido de contacto (teléfono o correo electrónico): \_\_\_\_\_

**3** Persona discriminada (si es alguien diferente al reclamante):

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Número/s de teléfono: \_\_\_\_\_

**4** ¿En qué se basó la reclamación por discriminación? (marque todo lo que corresponda):

Raza      Color      Origen nacional      Other \_\_\_\_\_

**5** Fecha del presunto incidente que dio lugar a la discriminación: \_\_\_\_\_

**6** Describa la presunta discriminación. Explique qué ocurrió y quién fue el responsable. Si necesita más espacio, adjunte cualquier material escrito u otra información que crea que apoya sus reclamaciones en una hoja adicional.

**7** ¿Dónde tuvo lugar el incidente? Indique lugar, número de autobús, nombre/número de identificación del empleado de ART, etc.

**8** Testigo/s (si corresponde). Indique su información de contacto.

Nombre del testigo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Número/s de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del testigo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Número/s de teléfono: \_\_\_\_\_

**9** ¿Presentó esta reclamación ante alguna otra agencia federal, estatal o local o ante un tribunal federal o estatal (marque el espacio correspondiente)?

Si      No

Si la respuesta es sí, marque todo lo que corresponde:

Agencia federal      Tribunal federal      Agencia estatal      Tribunal estatal      Agencia local

**10** Proporcione la información de contacto de la agencia/del tribunal donde se presentó la reclamación.

Agencia: \_\_\_\_\_

Nombre/cargo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número/s de teléfono: \_\_\_\_\_

**11** Si necesita alguna adaptación especial para la comunicación en relación con esta reclamación, especifique qué formato alternativo necesita.

Letra grande (indique tamaño): \_\_\_\_\_ TDD      Audio      Otro: \_\_\_\_\_

Firma y fecha requeridas a continuación.

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

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Si usted considera que ha sido discriminado, puede presentar una reclamación formal ante el Especialista en Cumplimiento del Título VI de Arlington County Transit dentro de los 180 días posteriores a la fecha de la presunta discriminación. Estos procedimientos no le niegan el derecho a presentar reclamaciones formales ante otras agencias estatales o federales. **Una vez completado, envíe por correo o entregue el formulario completo y firmado a:**

Arlington County  
Transit Bureau  
Title VI Compliance Specialist  
2100 Clarendon Blvd  
Arlington, VA 22201

**También puede guardar el pdf completo y enviarlo como archivo adjunto a:**  
[ART@commuterpage.com](mailto:ART@commuterpage.com)