

AVISO DE LOS DERECHOS DEL PÚBLICO BAJO EL ARTÍCULO VI

La Ciudad de Sioux City, Iowa opera sus programas y servicios, sin distinción de raza, color y origen nacional de acuerdo con el Artículo VI la Ley de derechos Civiles. Cualquier persona que él o ella cree que ha sido perjudicada por una práctica discriminatoria ilegal bajo el Artículo VI, puede presentar una queja con la Ciudad de Sioux City en el Ayuntamiento (City Hall), Comisión de Derechos Humanos, 405 Sixth Street, Sioux City, Iowa 51101. Teléfono 712.279.6985.

Para más información sobre el Programa de Derechos Civiles de Sioux City relacionada al Transporte Público y los procedimientos para presentar una queja, contacte 712.279.6405; para personas con problemas auditivos 712.279.0177; correo electrónico title.vi.complaint@sioux-city.org; o visite la Oficina Administrativa de Transporte Público en 509 Nebraska Street, PO Box 447, Sioux City, Iowa 51102-0447. Información adicional puede ser obtenida en: www.siox-city.org.

Información en otro lenguaje puede ser obtenida contactando al Sistema de Transporte Público de Sioux City al 712.279.6405.

Formulario de Quejas del Artículo VI

El Sistema de Transporte Público de Sioux City se compromete a garantizar que ninguna persona sea excluida de participar en, o negarle los beneficios de sus servicios basándose en su raza, color u origen nacional, conforme a lo dispuesto por el Artículo VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, en su versión modificada. Las quejas del Artículo VI deben ser llenadas dentro de los 180 días a partir de la fecha de la presunta discriminación.

La siguiente información es necesaria para ayudarle con la tramitación de su queja. Si usted necesita ayuda para completar este formulario, por favor contacte la Oficina Administrativa del Sistema de Transporte Público de Sioux City llamando al (712) 279-6405. El formulario completo debe ser entregado al Sistema de Transporte Público de Sioux City, 509 Nebraska Street, P.O. Box 447, Sioux City, Iowa 51102-0447.

NOMBRE:	TELÉFONO DE DÍA:
DIRECCIÓN:	NOMBRE DE CONTACTO:

PERSONA DISCRIMINADA (SI ES ALGUIEN DISTINTO AL QUE PRESENTA LA QUEJA):

¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES DESCRIBE MEJOR LA RAZÓN DE LA PRESUNTA DISCRIMINACIÓN?

CÍRCULE LOS QUE APLICAN: Raza Origen Nacional Color Incapacidad Edad Otro

DESCRIBA EL INCIDENTE DE LA PRESUNTA DISCRIMINACIÓN. PROPORCIONE LOS NOMBRES Y LOS TÍTULOS DE TODOS LOS EMPLEADOS RESPONSABLES. EXPLIQUE LO QUE PASÓ, QUIEN CONSIDERA QUE FUE RESPONSABLE, Y CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN ESPECÍFICA RELEVANTE. POR FAVOR, UTILICE UNA HOJA DE PAPEL ADICIONAL SI NECESITA MÁS ESPACIO.

¿HA PRESENTADO UNA QUEJA ANTE CUALQUIER OTRA AGENCIA FEDERAL, ESTATAL O LOCAL?

(MARQUE UNO) YES o NO

SI ES ASÍ, LISTE LA/LAS AGENCIA/AGENCIAS E INFORMACIÓN DE CONTACTO:

AFIRMO QUE HE LEÍDO EL/LOS CARGO(S) MENCIONADO(S) ANTERIORMENTE Y ES/SON VERDADERO(S) A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO.

FIRMA DEL DEMANDANTE _____

NOMBRE DEL DEMANDANTE: _____

	NOMBRE DE CONTACTO:
	NUMERO TELEFÓNICO:

Autorizado por:

FECHA: