

## Formulario de Quejas del Título VI Abilene CityLink Transit (CityLink) Oficinal de Cumplimiento

Abilene CityLink Transit (CityLink) está comprometido con una política de no discriminación en el ejercicio de su actividad, incluyendo las responsabilidades del Título VI, así como a la prestación de servicios de transporte equitativos y accesibles. Cualquier persona que cree que él o ella ha sido objeto de discriminación bajo el Título VI sobre la base de raza, color u origen nacional puede presentar una queja del Título VI con CityLink dentro de los 180 días siguientes a la fecha de la supuesta discriminación.

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, por favor póngase en contacto con el Gerente General CityLink llamando al 325-676-6403. El formulario completo debe ser devuelto a:

CityLink  
General Manager  
1189 South 2<sup>nd</sup> St  
Abilene, TX 79602

Nombre:	
Dirección:	Ciudad, estado, código postal:
Teléfono:	Alt Teléfono:
<b>Persona (s) Discriminadas (si alguien que no sea autor):</b>	
Nombre (1):	
Dirección:	Ciudad, estado, código postal:
Teléfono:	Alt Teléfono:
Nombre (2):	
Dirección:	Ciudad, estado, código postal:
Teléfono:	Alt Teléfono:

Si hay personas adicionales, por favor, utilice el reverso de este formulario para incluir su información.

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la razón de la supuesta discriminación? (Marque uno)

- RAZE
- COLOR
- ORIGEN NACIONAL (LIMITED EN INGLÉS)

\_\_\_\_\_

Fecha del incidente

\_\_\_\_\_

Hora del incidente

Por favor describa el supuesto incidente de discriminación. Proporcionar los nombres y títulos de todos los empleados de CityLink responsables. Explique lo que pasó, quien considera que fue responsable, y otra información específica pertinente Utilice el reverso de este formulario si necesita más espacio.

---



---



---



---



---



---

¿Ha presentado una denuncia ante cualquier otra agencia federal, estatal o local? (Marque uno)

Sí                       Not

Si es así, indique la agencia / agencias y la información de contacto a continuación:

Agencia (1):	Contact:
Dirección:	Ciudad, estado, código postal:
Teléfono:	Alt Teléfono:
Agencia (2):	Póngase en contacto con:
Dirección:	Ciudad, estado, código postal:
Teléfono:	Alt Teléfono:

Afirmo que he leído por encima de la carga y es verdad al mejor de mi conocimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Reclamante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del Demandante

\_\_\_\_\_  
Recibido por

\_\_\_\_\_  
Fecha de Recepción