

# TITLE VI/ADA COMPLAINT FORM



OXARKS TRANSPORTATION ORGANIZATION  
A METROPOLITAN PLANNING ORGANIZATION

El propósito de este formulario es ayudarlo a presentar una queja ante la Ozarks Transportation Organization (Organización de Transporte de los Ozarks o OTO, por sus siglas en inglés), la organización de planificación metropolitana (MPO, por sus siglas en inglés) designada por el gobierno federal para el área de Springfield, de conformidad con las leyes, reglas y regulaciones antidiscriminatorias, incluidas, más no limitativas a: El Title VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y la Executive Order 13166 (Orden Ejecutiva 13166) - Para la Mejora del Acceso a los Servicios para Personas con Dominio Limitado del Inglés, así como el Title II de la American with Disabilities Act (Ley de Estadounidenses con Discapacidades) (ADA, por sus siglas en inglés) de 1991.

Utilice este formulario si usted o su grupo sienten que las acciones de la MPO han tenido un impacto negativo o han causado una carga indebida para, entre otros, un grupo étnico minoritario, personas con discapacidad, población de bajos recursos, personas con dominio limitado del inglés o los tradicionalmente marginados.

Puede utilizar este formulario o enviar una carta que contenga la misma información.

Este formulario está disponible en español y podrá encontrarlo en el sitio web de la OTO en:  
[www.ozarkstransportation.org](http://www.ozarkstransportation.org).

En caso de requerir ayuda para llenar este formulario, comuníquese con nosotros al teléfono 417-865-3042 o por correo electrónico a [dknaut@ozarkstransportation.org](mailto:dknaut@ozarkstransportation.org).

Las quejas por discriminación DEBERAN presentarse dentro de los 180 días calendario a partir de la fecha en la que ocurrió dicha discriminación.

Sección 1				
Nombre:				
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono de casa:		Teléfono del trabajo:		
Correo electrónico:				
Requisitos de formato para ser mayor accesibilidad	Tamaño grande de letra		Cinta de audio	
	TDD/TTY		otro	

# TITLE VI/ADA COMPLAINT FORM

Sección 2			
¿Está presentando esta queja en calidad personal?	Si*	No	
<p>*En caso de haber respondido que “sí” a esta pregunta, vaya a la Sección 3.</p>			
<p>Si respondió “No”, proporcione el nombre, dirección y relación con la persona para quien está presentando esta queja:</p>	Nombre:		
	Dirección:		
	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
	Número de Teléfono o Correo electrónico:		
	Parentesco:		
<p>Explique por qué está presentando una queja a nombre de un tercero:</p>			
<p>Confirme si tiene autorización de la persona agraviada en caso de estar presentando esta queja a nombre de un tercero.</p>		<input type="checkbox"/> Si, tengo autorización.	<input type="checkbox"/> No, no tengo autorización.
Sección 3			
<p>Considero que la discriminación que experimenté está basada en (marque todas las opciones que correspondan):</p>			
<input type="checkbox"/> Title VI		Otros Estatutos Federales de No Discriminación	
Raza	Color	Origen Étnico	
Género	Edad	Discapacidad (Title II)	
<p>¿Dónde ocurrió la presunta discriminación?</p>			
<p>Fecha en la que ocurrió la presunta discriminación (Mes, Día, Año):</p>			
<p>Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que considera que lo discriminaron (en caso de conocerlos), así como los nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, utilice una página adicional y adjúntela a este formulario.</p>			
<p>Nombre de la agencia contra la que se presenta la queja:</p>			
<p>Persona de Contacto:</p>			

## TITLE VI/ADA COMPLAINT FORM

Título:
Teléfono:
Explicación:
¿Cómo puede resolverse este asunto para su satisfacción?
¿Cuál es el momento y lugar más conveniente para que nos pongamos en contacto con usted en relación a esta queja?

# TITLE VI/ADA COMPLAINT FORM

<b>Sección 4</b>				
¿Ha presentado esta queja ante alguna otra Agencia Federal, Estatal o local, o ante algún Juzgado Federal o Estatal?				
Si	No			
En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan:				
Agencia Federal (Indique el nombre de la agencia):	Agencia Estatal (Especifique la Agencia):		Juzgado del Condado (Especifique Juzgado y Condado):	
Juzgado Federal (Proporcione la ubicación):	Juzgado Estatal:		Agencia Local (Especifique el Nombre):	
En caso de haber respondido "sí" anteriormente, proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la queja:				
Nombre:	Título:		Agencia:	
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono o Correo electrónico:				
<b>Sección 5</b>				
Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier información que considere relevante para su queja.				
Al firmar a continuación, usted reconoce que la información en esta queja es verdadera y precisa a su mejor entendimiento.				
Se requiere su firma y fecha a continuación:				
Firma:		Fecha:		
Puede incluir las hojas adicionales que considere necesarias para describir la situación actual				
Envíe el Discrimination Complaint Form (Formulario de Queja por Discriminación) completado y firmado (haga una copia para sus registros) a: Ozarks Transportation Organization Title VI/ADA Coordinator 2208 West Chesterfield Blvd., Suite 101 Springfield, MO 65807 417-865-3042 (teléfono) 417-862-6013 (fax)				

## TITLE VI/ADA COMPLAINT FORM

Puede utilizar esta página si requiere espacio adicional para proporcionar más información solicitada en este formulario.