

Oficina de Recursos para Personas Mayores del Condado de Putnam

Formulario de queja del Título VI y la ADA

Sección I:				
Te llamas:				
Dirección:				
Teléfono (Casa):			Teléfono (trabajo/móvil):	
Dirección de correo electrónico:				
¿Requisitos de formato accesible?	Letra grande		Cinta de audio	
	TDD		Otro	
Sección II:				
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?			Sí*	No
*Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.				
De lo contrario, proporcione el nombre y la relación de la persona por la que se queja:				
Explique por qué ha presentado una solicitud para un tercero:				
Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si presenta la solicitud en nombre de un tercero.			Sí	No
Sección III:				
Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda): ☐ Raza ☐ Color ☐ Origen nacional ☐ Discapacidad Fecha de la presunta discriminación (mes, día, año): _____ La queja del nombre de la agencia es contra: _____ Ubicación donde ocurrió la presunta discriminación: _____ Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que lo discriminó (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si se necesita más espacio, adjunte páginas adicionales.				

Sección IV	
¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda: ☐ Agencia Federal: _____ ☐ Tribunal Federal: _____ ☐ Agencia estatal: _____ ☐ Tribunal estatal: _____ ☐ Agencia local: _____	
Proporcione información para la persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la queja.	
Nombre y Título:	

Agencia:	
Dirección:	
Teléfono:	

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.

Se requiere firma y fecha a continuación.

Firma

Fecha

Envíe este formulario por correo, correo electrónico o en persona a la dirección que figura a continuación.

Oficina de Recursos para Personas Mayores del Condado de Putnam
Kevin Monaghan, Deputy Director
110 Old Route 6, Bld. 3
Carmel, NY 10512
Kevin.Monaghan@putnamcountyny.gov

Esta queja también se puede presentar directamente ante el Departamento de Transporte del Estado de Nueva York, Oficina de Derechos Civiles, 50 Wolf Road, 6th Floor, Albany, NY 12232, (518) 457-1129 Fax (518) 549-1273, OCR-TitleVI@dot.ny.gov o la Administración Federal de Tránsito, Oficina de Derechos Civiles, Atención: Coordinador del Programa del Título VI, East Building, 5th Floor-TCR, 1200 New Jersey Ave., SE Washington, DC, 20590.