

PALM BEACH TRANSPORTATION PLANNING AGENCY
AGENCIA DE PLANIFICACIÓN DE TRANSPORTE (TPA) DE PALM BEACH

COMPLAINT OF TITLE VI DISCRIMINATION

Formulario de queja de discriminación por el Título VI

**The TPA, as a recipient of federal financial assistance, is required to ensure
that its services and related benefits are distributed in a manner
consistent with Title VI of the Civil Rights Acts of 1964, as amended.**

Any person who believes that he or she, individually or as a member of any specific class of persons, has been subjected to discrimination under Title VI, on the basis of race, color, or national origin, may file a written complaint with the TPA.

We are asking for the following information to assist us in processing your complaint. If you need help in completing this form, please let us know.

La Agencia de Planificación de Transporte de Palm Beach, como recipiente de ayuda financiera federal, es requerida a asegurar que el servicio de transporte público y sus servicios relacionados son distribuidos de una manera consistente con el Título VI del Acta de Derechos Civiles del 1964, con sus enmiendas.

Si usted cree que, individualmente o como parte de una clase específica de personas, ha sido discriminado bajo el Título VI, basado en su raza, color, o nacionalidad, puede presentar una queja por escrito al Palm Beach TPA.

Le pedimos la siguiente información para poder tramitar su queja. Si necesita ayuda para llenar este formulario, póngase en contacto con el Palm Beach TPA.

1. Complainant

Reclamante

Name: _____

Nombre:

Street Address: _____

Dirección:

City, State, Zip Code: _____

Ciudad, estado, código postal:

Telephone: _____

Número de teléfono:

E-mail Address: _____

Dirección de Correo Electrónico:

2. Person discriminated against (if someone other than the complainant):

Persona que fue discriminada, si no es la misma que el reclamante:

Name: _____

Nombre:

Street Address: _____

Dirección:

City, State, Zip Code: _____

Ciudad, estado, código postal:

Tel. Home Number: _____ Bus. Number _____

Número de teléfono:

Domicilio: Trabajo:

E-mail Address: _____

Dirección de Correo Electrónico:

3. Are you represented by an attorney for this complaint?

¿Tiene usted representación de un(a) abogado(a) con relación al asunto de su queja?

Yes _____ No _____

Sí No

If yes, please complete the following:

Si tiene abogado(a), provea la siguiente información:

Attorney's Name: _____

Nombre del abogado(a):

Street Address: _____

Dirección:

City, State, Zip Code: _____

Ciudad, estado, código postal:

Telephone Number: _____

Número de teléfono:

4. Which of the following best describes the reason you believe the discrimination took place:

Según lo que cree usted, ¿en qué se basaron esas acciones discriminatorias?

Race _____ Color _____ National Origin _____

Raza

Color

Nacionalidad

Sex _____ Disability _____ Sexual Orientation _____

Sexo

Incapacidad/impedimento

Orientación sexual

Political Affiliation _____ Marital Status _____

Afiliación política

Estado civil

5. Date of the alleged discrimination: _____
Fecha de la supuesta discriminación:

6. In the space below, please describe the alleged discrimination. Explain what happened and who you believe was responsible.

Por favor describa abajo el supuesto acto de discriminación. Explique lo más claro posible lo que pasó y quien usted piensa es el responsable por el supuesto acto.

7. Have you filed a complaint of the alleged discrimination with a federal, state or local agency; or with a state or federal court?

¿Ha presentado usted (o la persona que fue discriminada) la queja ante una agencia del gobierno federal, estatal o local? ¿O ante la corte estatal o federal?

Yes _____ No _____
Sí _____ No _____

If yes, check all that apply:

Si es así, indique a qué agencia, departamento o programa fue presentada la queja. Incluya todos los que apliquen:

Federal _____ Federal Court _____
Federal _____ La corte federal _____

State _____ State Court _____
Estatal _____ La corte estatal _____

Local _____
Local _____

Please provide the name of the Agency where you filed your complaint.

¿Ante qué agencia usted presentó la queja?

Name: _____
Nombre:

Contact Person: _____
Nombre del investigador o representante:

Please sign below. You may attach any additional information you think is relevant to your complaint.

Por favor, firme el formulario. Adjunte cualquier información adicional usted cree que es pertinente con su queja.

Signature of Complainant
Firma del reclamante

Date
Fecha

Submit your signed complaint and any attachments to:
Entregue el formulario con su firma y páginas adicionales a:

Malissa S. Booth
Public Relations Manager/ Title VI & ADA Officer
Palm Beach Transportation Planning Agency (TPA)
2300 N. Jog Road, 4th Floor
West Palm Beach, FL 33411

Telephone: 561.684.4143

Email: MBooth@PalmBeachTPA.org

Website: PalmBeachTPA.org

Note: Deaf, Hard of Hearing, Deaf/Blind or Speech Impaired (English, Spanish or French Creole): Please contact the Palm Beach TPA by calling toll-free to the Florida Relay Service, 7-1-1.