

Skylands Ride del Condado de Sussex

Formulario de queja del Título VI de (Discriminación)

El Condado de Sussex, Skylands Ride opera programas sin distinción de raza, color, y/o origen nacional. Se debe presentar una queja dentro de los 180 días posteriores al incidente.

Nota: La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, háganoslo saber.

Para quejas relativas a la Sección 5307 (Urbano pequeño), Sección 5310 (Personas mayores y personas con discapacidades), Sección 5311 (No urbanizadas), Sección 5316 (JARC) y Sección 5317 (Nueva libertad) Programas u otros programas de subvenciones financiados por el gobierno federal Administración de tránsito, complete y envíe este formulario a:

Condado de Sussex

Administrador(a) del Condado

One Spring Street

Newton, NJ 07860

1. Nombre del denunciante: _____
2. Dirección: _____
3. Ciudad, estado y código postal: _____
4. Número de teléfono (casa): _____ (trabajo) _____
5. Persona discriminada (si es alguien que no sea el denunciante): _____

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, estado y código postal _____

6. ¿Cree que hubo discriminación debido a su (marque la mejor respuesta):

a. Raza _____ b. Color _____ c. Origen nacional _____

7. ¿Cuál fue la fecha de la presunta discriminación? _____

8. ¿Dónde tuvo lugar la discriminación? _____

9. ¿Quién cree que fue el responsable? _____

10. Explique lo que sucedió: _____

11. ¿Ha presentado esta denuncia ante alguna otra agencia o tribunal? No Si

En caso afirmativo, por favor, compruebe todos los que apliquen y proporciónenos la información de contacto solicitada a continuación:

Agencia federal

Corte federal

Agencia estatal

Corte estatal

Agencia local

Díganos a quién contactar en la agencia o el tribunal donde se presentó la queja:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, estado y código postal _____

Número de teléfono _____

Firme este formulario de queja a continuación. También puede adjuntar cualquier material escrito u otra información sobre su queja que le gustaría incluir.

Firma del denunciante

Fecha