



CORPUS CHRISTI REGIONAL
TRANSPORTATION AUTHORITY

Date Complaint Received	Complaint Number
-------------------------	------------------

Corpus Christi Regional Transportation Authority Formulario de Denuncia del Título VI

El Título VI del Acta de Derechos Civiles prevé que ninguna persona, por motivos de raza, color u origen nación, podrá ser excluida de la participar, denegada de sus beneficios, o ser sujeta a discriminación bajo ningún programa o actividad de CCRTA que reciba fondos federales.

Si tiene una denuncia de trasgresión del Título VI, completa este formulario y envíelo a CCRTA, Programa del Título VI, Corpus Christi, TX 78401.

Si se necesita información en otro idioma, llame al (361) 289-2712.

I. INFORMACIÓN DEL DENUNCIANTE

Nombre	
Dirección	
Ciudad – Estado – Código Postal	
Teléfono () –	E-mail
¿Requerimientos de Formato Accesible ? <input type="checkbox"/> Letras Grandes <input type="checkbox"/> Dispositivos del Telecomunicaciones para personas sordas <input type="checkbox"/> Cinta de Audio <input type="checkbox"/> Otro	

II. INFORMACIÓN SOBRE LA PRINCIPAL / TERCERA PARTE INVOLUCRADA

¿Está llenando esta denuncia en su propia representación? <input type="checkbox"/> SÍ → Si responde “SÍ”, vaya a la Sección III. <input type="checkbox"/> NO → Si responde “NO” a la pregunta, responde las siguientes preguntas:
a. Por favor indique el nombre y su relación con la persona para la cual está llenando esta denuncia.
b. Por favor explique por qué presenta la denuncia de un tercero.
c. Por favor confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada, si está presentando la denuncia en representación de un tercero. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

III. BASES DE LA DENUNCIA

Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marquee todas las que apliquen): <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional
Date of Alleged Description (Month / Day / Year)
Explique lo más claramente posible lo sucedido y por qué piensa que ha sido víctima de discriminación. Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre e información de la(s) persona(s) que lo discriminaron (si tiene esos datos) así como los nombres e información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, por favor utilice la parte de atrás de este formulario o una hoja aparte.

IV. CONTACTOS ANTERIORES DEL DENUNCIANTE

¿Alguna vez había presentado una por trasgresión del Título VI a CCRTA antes? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Ha presentado esta denuncia a otra agencia federal, estatal o local o ante alguna corte federal o estatal? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si "SÍ", por favor marque todas las opciones que apliquen: <input type="checkbox"/> Agencia Federal <input type="checkbox"/> Agencia Estatal <input type="checkbox"/> Agencia Local <input type="checkbox"/> Corte Federal <input type="checkbox"/> Corte Estatal
Por favor brinde información sobre una persona de contacto en la agencia o corte en la que hizo la denuncia.
Nombre:
Dirección:
Título:
Dirección
Ciudad – Estado – Código Postal
Teléfono () –

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante a su denuncia.

Complainant's Signature

Date

Por favor presente este formulaio en persona en la dirección indicada abajo o envíe este formulario por correo a:

Corpus Christi Regional Transportation Authority
ATTENTION: TITLE VI COMPLAINTS
602 N. Staples Street
Corpus Christi, TX 78401

OFFICE USE ONLY

Jurisdiction: on or before 180 days post event

Closure:

- 1 – Closure Letter
- 2 – Letter of Findings
- 3 – Administrative (FC)
- 4 – Administrative (CW)

Appeal: 10 days post receipt date of Closure Letter of Letter of Finding