



TITLE VI COMPLAINT PROCEDURE

Proceso de Querellas de Título VI

A. Filing a complaint (*Someter una querella*)

If any individual, group or individuals, or entity believes that they or any other Transit program beneficiaries have been subjected to discrimination prohibited by Title VI nondiscrimination provision as a recipient of benefits and/or services, or on the grounds of race, color, or national origin they may exercise the right to file a complaint with the Municipality of Fajardo. Every effort will be made to resolve complaints informally at the agency, recipient and/or contractor level.

Si un individuo, grupo o entidad entiende que el/ella o cualquier otro beneficiario del Transporte de Fajardo entiende que ha sido sujeto a discriminación prohibida por el Título VI por motivos de raza, color u origen nacional, como recipiente de beneficios y/o servicios tiene derecho de radicar una querella en el municipio. El municipio hará todo esfuerzo para resolver toda querella informalmente directamente con el personal y/o contratista.

Time Limitation on Filing Complaints (*Limitación de tiempo para radicar querella*)

Complaints must be filed not later than 180 days after:

Querellas deben de ser radicadas no más tardar de 180 días luego de:

- The date of the alleged act of discrimination; or (*Fecha de cuando ocurrió el presunto acto de discriminación*)
- The date the person became aware of the alleged discrimination; or (*Fecha de cuando la persona entro en conocimiento del presunto acto de discriminación*)
- Where there was a continuing course of discriminatory conduct, the date on which the conduct was discontinued. (*Donde ha ocurrido continuamente actos de discriminación, la fecha donde cesó la discriminación*)

Title VI complaints may be filed with:

Puede querellarse sobre Título VI con:

- Municipality of Fajardo (*Municipio de Fajardo*)
- Federal Transportation Administration (*Administración Federal de Tránsito*)
- U.S. Department of Transportation (*Departamento de Transportación Federal*)

Complaints must be in writing and must be signed by the complainant and/or the complainant's representative (See complaint form). The complaint must set forth, as fully as possible, all the facts and circumstances surrounding the claimed discrimination.

Las querellas deben ser por escrito y deben estar firmadas por el denunciante y/o el representante del reclamante (Ver formulario de querella). Debe exponer, de la manera más completa posible, todos los hechos y circunstancias que rodean la discriminación reclamada.

A Title VI complaint form is available at the Fajardo Federal Programs Office during normal business hours.

Un formulario de querella del Título VI está disponible en la Oficina de Programas Federales durante el horario regular.

A person may also file a complaint directly with the U.S. Department of Transportation by contacting the Department at: U.S. Department of Transportation, Federal Transit Administration's Office of Civil Rights: Complaint Team, East Building, 5th Floor - TCR, 1200 New Jersey Avenue, SE, Washington, DC 20590 or call (888) 446-4511.

Una persona también puede presentar una querella directamente ante el Departamento de Transportación de los Estados Unidos comunicándose al: Departamento de Transportación de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles de la Administración Federal de Tránsito: Equipo de Quejas, East Building, 5th Floor - TCR, 1200 New Jersey Avenue SE, Washington, DC 20590 o llamando al (888) 446-4511.

MUNICIPALITY OF FAJARDO
TITLE VI COMPLAINT FORM
(Disponible también en Español)

This form may be used to file a complaint with the Municipality of Fajardo based on violations of Title VI of the Civil Rights Act of 1964. You are not required to use this form, a letter that provides the same information may be submitted to file your complaint.

Name: _____ Date: _____

Street Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Telephone: _____ (home) _____ (work)

Individual(s) discriminated against, if different than above (use additional pages if needed).

Name: _____ Date: _____

Street Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Telephone: _____ (home) _____ (work)

Please explain your relationship with the individual(s) indicated above and reason for filling for them: _____

Name of agency and department or program that discriminated:

Agency or department name: _____

Name of Individual (if known): _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Date(s) of alleged discrimination:

Date discrimination began _____

Last or most recent date, if has occurred more than once _____

ALLEGED DISCRIMINATION:

If your complaint is in regard to discrimination in the delivery of services or discrimination that involved the treatment of you by others by the agency or department indicated above, please indicate below the basis on which you believe these discriminatory actions were taken.

Race _____ Color _____
National Origin _____

Explain:

Please explain, as clearly as possible what happened. Provide the name(s) of witness (es) and others involved in the alleged discrimination. (Attach additional sheets if necessary and provide a copy of written material pertaining to your case).

Have you previously filled a Title VI complaint with this agency? _____ yes _____ no
Have you filled this same complaint with the state or federally? _____ yes _____ no (If yes, then state the other agency where complaint has been filled _____)

Signature: _____ Date: _____

Please submit this form by mail:
P PO Box 865 Fajardo, P.R. 00738

Note: The Municipality of Fajardo prohibits retaliation or intimidation against anyone because that individual has either acted or participated in action to secure rights protected by policies of the Municipality. Please inform the Federal Programs Director if you feel you were intimidated or experience perceived retaliation in relation to filing this complaint.

MUNICIPIO DE FAJARDO
QUERRELLA DE TITULO VI
(Also available in English)

Este formulario se utiliza para querellarse con el Municipio de Fajardo en base a violaciones del Título VI de la Ley de Derechos Civiles del 1964. No se requiere el uso de esta forma, usted puede someter una carta que contenga la información detallada en este documento como querella.

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Teléfono: _____ (residencial) _____ (trabajo)

Persona (s) que han sido víctimas de discrimen, si son diferentes a la persona en la parte superior (usar páginas adicionales si es necesario).

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Teléfono: _____ (residencial) _____ (trabajo)

Favor explicar su relación con las personas indicadas en la parte superior y porque radica en su nombre: _____

Agencia o Departamento que discriminó:

Nombre de Agencia o Departamento: _____

Nombre del Individuo (si lo conoce): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Fecha (s) de presunta discriminación:

Fecha de discriminación _____

Fecha más reciente, si ha ocurrido más de una ocasión _____

Si su reclamación es relacionada a acciones de discriminación por la calidad del servicio recibido o el trato recibido por parte de personal del Municipio de Fajardo, favor indicar abajo la razón por la cual usted cree que fue motivo de la acción.

Raza _____ Color _____
Origen Nacional _____

Explicar:

Favor explicar, lo más claro posible, lo ocurrido. Proveer nombre (s) de testigo (s) u otros envueltos en la presunta discriminación. (Adjuntar hojas adicionales de ser necesario y proveer cualquier información o material de evidencia pertinente a su reclamación).

¿Ha sometido alguna otra querella de discriminación bajo Título VI? _____ si _____ no
¿Ha sometido esta misma querella ante el gobierno local o federal? _____ si _____ no (Si la respuesta es afirmativa favor indicar la agencia _____)

Firma: _____ Fecha: _____

Favor someter esta forma por correo a:
PO Box 865 Fajardo, P.R. 00738

Nota: El Municipio de Fajardo prohíbe represalias o intimidación en contra de cualquier persona por haber tomado acción o participado en el proceso de tomar acción para asegurar los derechos protegidos bajo las políticas del municipio. Favor informar al Director de Programas Federales si usted siente que está siendo intimidado o está experimentando posibles represalias como relacionadas a someter este documento.