



METROPOLITAN TRANSIT AUTHORITY OF BLACK HAWK COUNTY

1515 BLACK HAWK ST., WATERLOO, IOWA 50702

PHONE (319) 234-5714

FAX (319) 234-6809

Proceso de Quejas del Título VI

De conformidad con las reglamentaciones del Título VI del Departamento de Transporte de EE. UU. (49 CFR Parte 21), MET Transit opera sin distinción de raza, color u origen nacional. Cualquier persona que crea que ha sido discriminada por MET Transit por motivos de raza, color u origen nacional puede presentar una queja del Título VI.

Se puede descargar un formulario de queja del Título VI en www.mettransit.org o llamando al 319-234-5714. (TTY/TDD 800-735-2942). Si el reclamante no puede escribir una queja, un representante puede presentarla en su nombre, o el personal de MET Transit le brindará asistencia. Las quejas deben presentarse dentro de los 180 días calendario posteriores al supuesto incidente.

1. MET se comunicará con el reclamante dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción de la queja. MET debe recibir cualquier información solicitada dentro de los 5 días posteriores a la solicitud*.
2. MET comenzará la investigación dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción de la queja si se determina que la supuesta discriminación es una violación de las reglamentaciones del Título VI.
3. MET completará la investigación dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la queja. Si se necesita más tiempo para la investigación, se notificará al denunciante. Se preparará un informe de investigación por escrito, que incluirá una descripción resumida del incidente, los hallazgos de la investigación y la acción correctiva recomendada.
4. Se proporcionará una carta de cierre al denunciante. El demandante tendrá 5 días hábiles a partir de la carta de cierre para presentar una apelación. Si no se presenta apelación, la queja se cerrará.
5. MET enviará una copia del informe de investigación a la agencia federal correspondiente, si es necesario.

*MET procesará e investigará todas las quejas que cumplan con los requisitos de discriminación del Título VI. Si el denunciante no proporciona la información requerida dentro del plazo requerido, la denuncia puede cerrarse.

Toda la información relacionada con este proceso se mantendrá confidencial.

Título VI Formulario De Quejas

Autoridad de Tránsito Metropolitano del condado de Black Hawk (MET)

MET se compromete a garantizar que ninguna persona sea excluida de participar o se le niegue los beneficios de sus servicios por motivos de raza, color u origen nacional, tal y como establece el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, según su enmienda. Las quejas bajo el Título VI deben presentarse en un plazo de 180 días desde la fecha de la supuesta discriminación.

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a tramitar su reclamación. Si necesita ayuda para completar este formulario, por favor contacte con el MET llamando al (319) 234-5714-8131. El formulario completado debe devolverse a MET, 1515 Black Hawk St., Waterloo, IA 50702.

NOMBRE: _____
TELÉFONO (Casa/Celular): _____
DIRECCIÓN URBANA: _____
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: _____

PERSONA DISCRIMINADA (SI ES ALGUIEN DISTINTO A LA DENUNCIANTE):

NOMBRE: _____
TELÉFONO DIURNO: _____
DIRECCIÓN URBANA: _____
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: _____

¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES DESCRIBE MEJOR LA RAZÓN DE LA SUPUESTA DISCRIMINACIÓN?

(COMPRUEBA CUÁLES SE APLICAN)

COLOR DE RAZA ORIGEN NACIONAL: _____
DOMINIO LIMITADO DEL INGLÉS OTROS: _____
FECHA DEL INCIDENTE: _____
HORA DEL INCIDENTE: _____

DESCRIBE EL SUPUESTO INCIDENTE DE DISCRIMINACIÓN. PROPORCIONA LOS NOMBRES Y TÍTULOS DE TODOS LOS EMPLEADOS DE MET RESPONSABLES. EXPLICA QUÉ OCURRIÓ, A QUIÉN CREES RESPONSABLE Y OTRA INFORMACIÓN ESPECÍFICA RELEVANTE. POR FAVOR, USA UNA HOJA ADICIONAL SI HAY ESPACIO ES OBLIGATORIO.

**¿HAS PRESENTADO ALGUNA QUEJA ANTE ALGUNA OTRA AGENCIA FEDERAL, ESTATAL O LOCAL?
(CHECK UNO)**

SÍ _____ NO _____

SI ES ASÍ, LISTA LA AGENCIA O AGENCIAS E INFORMACIÓN DE CONTACTO:

AGENCIA: _____

NOMBRE DE CONTACTO: _____

DIRECCIÓN: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

AGENCIA: _____

NOMBRE DE CONTACTO: _____

DIRECCIÓN: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

AFIRMO QUE HE LEÍDO LA ACUSACIÓN ANTERIOR Y ES CIERTA SEGÚN MI MEJOR CONOCIMIENTO.

FECHA DE FIRMA DEL DENUNCIANTE

NOMBRE IMPRESO O MECANOGRAFIADO DEL DENUNCIANTE

FECHA DE RECEPCIÓN: _____

RECIBIDO POR: _____