

## YVEDDI Transporte Público

### Formulario de Queja ADA / Título VI

#### Antecedentes

Este formulario se utiliza tanto para quejas relacionadas con el **Título VI** como con la **Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA)**.

La **Ley de Derechos Civiles de 1964 (Título VI)** identifica tres clases protegidas: **raza, color y origen nacional**, y permite que la persona denunciante seleccione una o más de estas clases protegidas como base de la discriminación. Si alguna de las poblaciones con **Dominio Limitado del Inglés (LEP)** en nuestra área de servicio cumple con el umbral de **Puerto Seguro**, el procedimiento se proporcionará en inglés y en cualquier otro idioma hablado por las poblaciones LEP que cumplan con dicho umbral.

La **Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA)** establece que ninguna persona con discapacidad podrá, por motivo de su discapacidad, ser excluida de participar, ser privada de los beneficios o ser objeto de discriminación bajo ningún programa, servicio o actividad financiada con fondos federales.

**YVEDDI Transporte Público** se compromete a proporcionar servicios sin discriminación para garantizar que ninguna persona sea excluida de la participación, privada de beneficios o discriminada en la prestación de servicios por motivos de **raza, color u origen nacional**, según lo protegido por el **Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964**, así como a garantizar que ninguna persona con discapacidad sea excluida, privada de beneficios o discriminada por motivo de discapacidad, conforme a lo establecido en la **Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA)**.

Si considera que ha sido objeto de discriminación, proporcione la siguiente información necesaria para facilitar el procesamiento de su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario o tiene preguntas, no dude en comunicarse con el/la **Coordinador(a) de ADA/Título VI** al **[Teléfono de la Agencia]**.

**Una vez completado, devuelva una copia firmada y fechada a:**

**YVEDDI Transporte Público: 336-367-3533**

**JPHILLIPS@YVEDDI.COM**

**Apartado Postal (PO Box) 309**

**Boonville, NC 27011**

*Nota: La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita asistencia para completar este formulario, llame al [Teléfono de la Agencia].*

---

**Seleccione una opción:**

Queja ADA    o     Queja Título VI

---

**Parte I**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Formatos adicionales requeridos:**

Ninguno     TDD

Letra grande     Grabación de audio

Otro: \_\_\_\_\_

---

**Parte II**

¿Está presentando esta queja en su propio nombre?

Sí – Continúe a la Parte III

No – Proporcione el nombre de la persona y su relación con ella:

**Nombre de la persona:** \_\_\_\_\_

**Relación:** \_\_\_\_\_

Explique por qué presenta esta queja en nombre de un tercero:

---

---

Confirmación:

He obtenido autorización de la persona afectada para presentar esta queja en su nombre.

No he confirmado la autorización para presentar esta queja en nombre de la persona afectada.

---

**Parte III**

Creo que la discriminación que experimenté se basó en:

Raza

Color

Origen nacional

Mi discapacidad

Otro: \_\_\_\_\_

**Fecha de la presunta discriminación:** \_\_\_\_\_

Explique con la mayor claridad posible qué ocurrió y por qué considera que fue discriminado(a).  
Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s)  
persona(s) que presuntamente discriminó(aron) en su contra (si se conoce), así como los nombres y  
datos de contacto de cualquier testigo.

---

---

---

---

---

**Parte IV**

¿Ha presentado anteriormente una queja ADA y/o Título VI ante esta agencia?

- Sí
- No

---

**Parte V**

¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal  
o estatal?

- Sí
- No

Si respondió “Sí”, marque todas las que correspondan:

- Agencia federal       Tribunal federal
- Agencia estatal       Tribunal estatal
- Agencia local

Proporcione la información de contacto de la agencia o tribunal donde se presentó la queja:

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Cargo:** \_\_\_\_\_

**Agencia:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

---

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

---

## Parte VI

Nombre de la agencia contra la cual se presenta la queja: \_\_\_\_\_

Persona de contacto: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

---

### Aviso Importante

Para proteger sus derechos, su queja debe presentarse dentro de los **180 días** posteriores a la fecha de la presunta discriminación. No presentar la queja dentro de este plazo puede resultar en el **rechazo de la misma**.

Puede adjuntar a este formulario cualquier material escrito adicional u otra información que considere relevante para su queja.

---

### Firma requerida

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que presenta la queja

\_\_\_\_\_  
Fecha