

Procedimiento de Quejas del Título VI de United Disability Services

Cualquier persona, grupo de personas o entidad que crea haya sido discriminada en base a la raza, color u origen nacional por parte de United Disability Services puede presentar una queja del Título VI llenando y entregando el Formulario de Quejas del Título VI de la agencia.

Cualquier persona que haya presentado formalmente una queja o participado en la investigación de una queja no debería sufrir ningún tipo de intimidación o represalia. Todo aquel que tenga una razón para creer que ha sufrido intimidación o represalia, puede presentar una queja de represalia siguiendo el mismo procedimiento de presentación de quejas por discriminación.

Una queja debe presentarse en United Disability Services antes de transcurridos 180 días después de:

1. La fecha del presunto acto de discriminación; o
2. La fecha en que la persona(s) tuvo consciencia de la presunta discriminación; o
3. Cuando la conducta se repite de manera continua, la fecha en que la conducta se discontinuó o la última instancia en que la conducta se produjo.

Una vez recibida la queja, United Disability Services la estudiará para determinar si nuestra oficina tiene jurisdicción. Una copia de cada una de las quejas del Título VI que se reciba, se enviará al Departamento de Transporte de Ohio dentro de diez (10) días naturales de haberse recibido. El demandante recibirá una carta de confirmación informándole si la queja será investigada por nuestra oficina o no.

United Disability Services tiene 45 días para investigar la queja. Si fuera necesaria más información para resolver el caso, United Disability Services puede contactar al demandante para solicitar más información. El demandante tiene **20** días hábiles desde la fecha de la carta para enviar la información solicitada al investigador asignado a esta investigación. Si el investigador no es contactado por el demandante o no recibe la información adicional dentro de **20** días hábiles, United Disability Services puede cerrar el caso administrativamente.

Una vez que el investigador estudie la queja, la agencia le emitirá una de dos (2) cartas al demandante: una carta de cierre o una carta de hallazgo [*LOF, letter of finding*].

- ✓ Una carta de cierre resume los argumentos y declara que no hubo una violación del Título VI y que el caso se cerrará.
- ✓ Una carta de hallazgo (LOF) resume los argumentos y las entrevistas relacionadas con el presunto incidente, y explica si se realizará alguna acción disciplinaria, capacitación adicional del miembro del personal u otra acción.

Si el demandante deseara apelar la decisión, debe dirigir la apelación a la agencia inicialmente. El demandante tiene 30 días después de la fecha de la carta de cierre o de la carta de hallazgo para hacerlo. Si hubiera una inquietud sin resolver, la apelación puede dirigirse al DOT o FTA del estado. La información del proceso de apelación estará incluida en la carta.

Una persona puede además presentar una queja directamente en: Departamento de Transporte de Ohio- Ohio Department of Transportation, Attn: Office of Opportunity, Diversity and Inclusion 1980 West Broad Street, Mailstop 3270, Columbus, OH 43223

O

Administración Federal del Tránsito- Federal Transit Administration, Office of Civil Rights, Attention: Complaint Team, East Building, 5th Floor-TCR, 1200 New Jersey Ave., SE Washington, DC, 20590.

Si necesita información en otro idioma, llame al 1-866-874-3972.

Formulario de Quejas del Título VI/ADA

El Procedimiento de Quejas del Título VI de United Disability Services está disponible en los siguientes lugares:

- Sitio web de la agencia, si estuviera disponible: www.udsakron.org
- Copia en papel en la oficina principal
- Plan del Título VI de la agencia

Sección I:		
Nombre:		
Dirección:		
Teléfono (Casa):	Teléfono (Trabajo):	
Correo electrónico:		
¿Requiere un formato accesible?	<input type="checkbox"/> Letra grande	<input type="checkbox"/> Audio
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Otro
Sección II:		
¿Está presentando esta queja a su propio nombre?	<input type="checkbox"/> Sí*	<input type="checkbox"/> No
<i>*Si contestó "sí" esta pregunta, diríjase a la Sección III.</i>		
Si no, escriba el nombre y el parentesco de la persona a nombre de quien usted presenta la queja.		
Explique por qué la presenta a nombre de terceros:		
Confirme que usted obtuvo el permiso de la parte agraviada si la presenta a nombre de terceros.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sección III:		
Creo que la discriminación que sufrí estuvo basada en (marcar todo lo que corresponda):		
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen nacional <input type="checkbox"/> Discapacidad		
Fecha de la presunta discriminación (Mes, día, año): _____		
Explique lo más claramente posible lo sucedido y por qué usted cree que fue discriminado(a). Describa a todo aquel que estuvo involucrado. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona(s) que le discriminó (si los sabe) así como el nombre e información de contacto de todo testigo. Si necesitara más espacio, use el reverso de este formulario.		

Sección IV:		
¿Ha presentado previamente una Queja de Discriminación en esta agencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si es así, entregue cualquier información de referencia relacionada con su queja anterior. _____ _____		
Sección V:		
¿Ha presentado esta queja en cualquier otra agencia Federal, Estatal o local, o en algún tribunal Federal o Estatal?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si es así, marque todo lo que corresponda:		
<input type="checkbox"/> Agencia Federal: _____		
<input type="checkbox"/> Tribunal Federal : _____ <input type="checkbox"/> Agencia Estatal: _____		
<input type="checkbox"/> Tribunal Estatal: _____ <input type="checkbox"/> Agencia Local: _____		
Indique la información de una persona de contacto de la agencia/tribunal donde presentó la queja.		
Nombre: _____		
Título: _____		
Agencia: _____		
Dirección: _____		
Teléfono: _____		
Sección VI:		
Nombre de la agencia que usted demanda: _____		
Nombre de la persona que usted demanda: _____		
Título: _____		
Sede: _____		
Número de teléfono (si está disponible): _____		

Usted puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que crea concierne a su queja.

Se requiere su firma y la fecha a continuación.

Firma

Fecha

Si necesita información en otro idioma, llame al 1-866-874-3972. Envíe este formulario a:

United Disability Services
Toni Sideri, Director of Human Resources
701 S. Main Street, Akron OH 44311
330-762-9755
info@udsakron.org