



Formulario de reclamación del Título VI y de la ADA

La Corporación de Transporte Público de Indianápolis (Indianapolis Public Transportation Corporation, IPTC) se compromete a garantizar que no se excluya a ninguna persona de la participación en los programas o actividades de la IPTC, ni se le nieguen los beneficios de los mismos, ni sea objeto de discriminación por motivos de raza, color, origen nacional o discapacidad, tal como se protege en el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y en la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) de 1990.

Las personas que consideren que han sido objeto de discriminación pueden presentar una reclamación al presentar el siguiente formulario del Título VI y de la ADA. Si necesita ayuda para rellenar este formulario, puede ponerse en contacto con el Centro de Atención de IndyGo en el teléfono (317) 635-3344. Devuelva el formulario completo al director de Cumplimiento y Derechos Civiles.

Director de Cumplimiento y Derechos Civiles
Corporación de Transporte Público de Indianápolis
1501 W. Washington Street
Indianapolis, IN 46222
TitleVIComplaints@Indygo.net

Los particulares también pueden presentar sus reclamaciones directamente a la Autoridad Federal de Tránsito (Federal Transit Authority, FTA). El formulario de reclamaciones de la FTA y la información sobre los derechos civiles relacionados con el tránsito pueden descargarse del sitio web de la FTA en www.fta.dot.gov. Las reclamaciones presentadas directamente a la FTA deben enviarse por correo a:

Director de la Oficina de Derechos Civiles de la FTA
Administración Federal de Tránsito
East Building, 5th Floor-TCR
1200 New Jersey Avenue, SE
Washington, DC 20590

Las reclamaciones relacionadas con el Título VI deben presentarse en un plazo de 180 días a partir de la fecha de la presunta discriminación. No presentar la reclamación en este plazo puede dar lugar a la desestimación de la misma.

Si necesita información en otro idioma, póngase en contacto con el Centro de Atención de IndyGo en el (317) 635-3344. Si necesita información en otro idioma, llame al 317-635-3344.



Escriba a máquina o con letra de imprenta legible y proporcione toda la información solicitada. Adjunte copias de todos los documentos que crea que pueden ayudar a respaldar su reclamación. No envíe los documentos originales. Los documentos no serán devueltos.

Sección I: Información del cliente (demandante)

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono (del hogar): _____ Celular: _____ Comercio: _____

Dirección de correo electrónico: _____ TDD/Otros: _____

Sección II: Persona que denuncia la discriminación en nombre del demandante

¿Presenta usted esta reclamación en su nombre? (Marque la casilla correspondiente)

Sí (pase a la pregunta de la sección III) No

En caso negativo, facilite los siguientes datos de la persona por quien presenta la reclamación:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Parentesco: _____



Explique el motivo por el que ha solicitado a una tercera persona.

¿Cuenta con la autorización de la parte agraviada? Sí No

SECCIÓN III: Información sobre la reclamación

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la razón por la que cree que se produjo la discriminación? Se presentó debido a:

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Raza | <input type="checkbox"/> Nacionalidad de origen |
| <input type="checkbox"/> Color | <input type="checkbox"/> Discapacidad |

¿Cuándo se produjo la presunta discriminación?

Explique lo sucedido y por qué cree que fue discriminado. Proporcione tantos detalles específicos sobre el incidente como sea posible, incluidos nombres, números de placa del personal de la IPTC, hora, ubicación (ruta) y la información de contacto de cualquier testigo. Puede adjuntar cualquier información adicional que sea relevante para su reclamación.



Sección IV: Información adicional

¿Ha presentado esta queja ante algún otro organismo federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal? (Marque la casilla correspondiente) Sí No

En caso afirmativo, marque cada casilla que corresponda:

- Agencia federal
- Tribunal federal
- Agencia estatal
- Agencia local
- Tribunal estatal
- Otro: _____

Indique los datos de la persona de contacto de la agencia o tribunal donde también presentó la reclamación. Adjunte más hojas si es necesario.

Nombre/agencia: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Fecha de presentación: _____

Sección V: Firma

Afirmo que la información que he proporcionado en relación con esta reclamación está completa y es precisa a mi leal saber y entender.

Firma: _____ Fecha: _____