

# RIDE CONNECTION

## Formulario de reclamo según el Título VI

El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 exige que “ninguna persona de los Estados Unidos quedará excluida, con motivo de su raza, color o nacionalidad, de participar de los programas o las actividades en los que se reciba asistencia económica federal, ni tampoco se le negarán los beneficios de estos ni será objeto de discriminación en virtud de ellos”.

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su reclamo. Si necesita ayuda para completar el formulario o bien información en formatos alternativos, infórmenos al respecto.

**Complete el formulario y envíelo por correo postal o entréguelo en persona en: Ride Connection Inc., Chief Quality Assurance & Compliance Officer, Mike Mullins, 9955 NE Glisan Street, Portland, OR 97220.**

### Sección I:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo): \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Requisitos de formato accesible?

¿Requisitos de formato accesible?

Letra grande       Audio

TDD       Otro: \_\_\_\_\_

### Sección II:

¿Realiza este reclamo en su propio nombre?

Sí\*       No

\*Si respondió “Sí” a esta pregunta, pase a la Sección III.

De no ser así, indique el nombre y la relación con la persona en nombre de la cual presenta el reclamo:

\_\_\_\_\_

Explique por qué lo completó en nombre de un tercero:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Confirme que ha obtenido permiso de la parte perjudicada si realiza la presentación en nombre de un tercero.

Sí       No

**Sección III:**

Considero que la discriminación que experimenté tuvo como base (marque todas las opciones que correspondan):

Raza             Color             Nacionalidad     Otro: \_\_\_\_\_

Fecha de la presunta discriminación (mes, día, año): \_\_\_\_\_

Explique con la mayor claridad posible qué sucedió y por qué considera que lo discriminaron. Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de las personas que lo discriminaron (si los conoce), como también los nombres y la información de contacto de todo testigo. Si se necesita más espacio, use el reverso de este formulario.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Considero que la discriminación que experimenté tuvo como base (marque todas las opciones que correspondan):

Raza             Color             Nacionalidad

Fecha de la presunta discriminación (mes, día, año): \_\_\_\_\_

**Sección IV:**

¿Anteriormente presentó un reclamo según el Título VI ante Ride Connection?

Sí                     No

**Sección V**

¿Presentó este reclamo ante cualquier otra agencia federal, estatal o local o bien ante cualquier tribunal federal o estatal?

Sí                     No

Si la respuesta es afirmativa, marque todas las opciones que correspondan:

Agencia federal             Tribunal federal     Agencia estatal  
 Tribunal estatal             Agencia local: \_\_\_\_\_

Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia/el tribunal en el cual se presentó el reclamo.

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Sección VI**

Nombre de la agencia contra la que se presentó el reclamo: \_\_\_\_\_

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

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

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Puede adjuntar todo material u otra información que considere relevante para el reclamo.

**Se requieren la firma y la fecha a continuación.**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Presente este formulario personalmente o bien envíelo por correo postal a:

Ride Connection  
Attn: Chief Quality Assurance & Compliance Officer  
9955 NE Glisan Street  
Portland, OR 97220