

FORMA DE RECLAMACIÓN BAJO EL TÍTULO VI

Cualquier persona que crea que ha sido discriminada por Aster Aging, Inc. ("Aster") o por cualquiera de sus proveedores de servicios y cree que la discriminación fue basada en su raza, color u origen nacional, puede registrar una queja formal ante el Servicio al Cliente de Valley Metro.

Por favor provea la siguiente información para procesar su queja. Hay formatos e idiomas alternativos disponibles si se solicitan. Usted se puede comunicar con el Servicio al Cliente llamando al 480-964-9014 (TTY: 711) o por correo electrónico a HR@asteraz.org.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre: _____ Apellido: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono del Hogar: _____ Teléfono Celular: _____
Correo Electrónico: _____ Método preferido de contacto: ☐ Teléfono ☐ Correo Electrónico

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN SOBRE EL INCIDENTE

Fecha del Incidente: _____ Hora del Incidente: _____ ☐ AM ☐ PM Ciudad: _____
Ubicación del Incidente: _____ Dirección del Viaje: _____
Ruta #: _____ Autobús/Tren Ligero/Tranvía #: _____
Tipo de Servicio: ☐ Autobús Local ☒ Express/RAPID ☐ Circulador/Conector ☐ Tren Ligero ☐ Tranvía ☐ Dial-a-Ride Nombre del/la Operador/a: _____
Descripción del/la Operador/a: _____
¿En qué se basó la discriminación? (Marque todo lo que sea aplicable):
☐ Raza ☐ Color ☐ Origen Nacional ☐ Otro _____

Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree usted que se le discriminó. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la/s persona/s que le discriminó/aron (si los conoce), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Si se necesita más espacio, por favor use el reverso de esta forma. Usted también puede adjuntar cualquier material por escrito u otra información relevante a su queja.

¿Ha usted registrado esta queja ante la Administración Federal de Transporte (FTA por sus siglas en inglés)? ☐ Sí ☐ No
Si contestó Sí, por favor provea información sobre una persona de contacto en la administración FTA donde se registró la queja:

Nombre: _____ Título: _____
Domicilio: _____ Teléfono: _____

¿Ha usted registrado previamente una queja bajo el Título VI ante esta agencia? ☐ Sí ☐ No Firma y fecha requeridas abajo:

Firma _____

Fecha _____