

Notificación al público de los derechos bajo el Título VI

Cerebral Palsy Research Foundation, Inc.-
Transporte de líneas de madera

- Cerebral Palsy Research Foundation, Inc (CPRF) opera sus programas y servicios sin distinción de raza, color u origen nacional de acuerdo con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles. Cualquier persona que crea que ha sido agraviada por alguna práctica discriminatoria ilegal según el Título VI puede presentar una queja ante el CPRF.
- Para obtener más información sobre el programa de derechos civiles del PCFR y los procedimientos para presentar una queja, comuníquese al 316-688-1888 (TTY 800-766-3777); envíe un correo electrónico a spoirier@cprf.org o visite nuestra oficina administrativa en 5111 East 21st Street, Wichita, Ks 67208

Para obtener más información, visite www.cprf.org

- Un denunciante puede presentar una queja directamente ante la Administración Federal de Tránsito presentando una queja ante la Oficina de Derechos Civiles, Atención: Coordinador del Programa Título VI, Edificio Este, 5to Piso-TCR, 1200 New Jersey Ave., SE, Washington, DC 20590

Si no puede hablar, leer, escribir o comprender inglés, comuníquese con Cerebral Palsy Research Foundation al 316-688-1888.

Este aviso está publicado en el vestíbulo de la oficina de Timber Lines ubicada en 2021 N. Old Manor, Wichita, Ks 67208. Está publicado en el sitio web de la agencia en <http://www.cprf.org/programs/transportation: Timber Lines>.



Título VI Queja Forma

El objetivo de este forma es a asistir tú en presentación a queja con Cerebral Palsy Research Foundation, Inc. - Transporte de líneas de madera . Tú son no requerido a usar este forma; a carta que contiene el mismo información voluntad ser suficiente.

Sección I :				
Nombre:				
DIRECCIÓN:				
Teléfono (Hogar):		Teléfono (Trabajar) :		
Electrónico Correo DIRECCIÓN:				
Accesible Formato ¿Requisitos?	Grande Imprimir		Audio Cinta	
	TDD		Otro	
Sección II:				
Son tú presentación este queja en su propio ¿beneficio?			Sí*	No
*Si tú contestada "Si" a este pregunta, ir a Sección III .				
Si no, por favor suministrar el nombre y relación de el persona para a quien tú son quejumbroso:				
Por favor explicar por qué tú tener archivado para a tercero fiesta:				
Por favor confirmar eso tú tener obtenido el permiso de el agraviado fiesta si tú son presentación en beneficio de a tercero fiesta.			Sí	No
Sección III:				
I creer el discriminación I experimentado era basado en (controlar todo eso aplicar) : [] Raza [] Color [] Origen Nacional				
Fecha de alegar d Discriminación _ (Mes , Día , Año) : _____				
Explicar como claramente como posible qué sucedió y por qué tú creer tú eran discriminado contra. Describir todo personas OMS eran involucrado. Incluir el nombre y contacto información de el persona(s) quien discriminó tú (si conocido) como Bueno como nombres y contacto información de cualquier testigos. si mas espacio es necesario, por favor adjuntar adicional páginas.				



Sección IV		
Tener tú previamente archivado a Título VI denuncia con esta agencia?	Sí	No
Sección V		
Tener tú archivado este queja con cualquier otro Federal, Estado, o local agencia, o con cualquier Federal o Estado ¿corte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si Sí, controlar todo eso aplicar: <input type="checkbox"/> Federal Agencia: <input type="checkbox"/> Federal Corte <input type="checkbox"/> Estado Agencia		
Por favor proporcionar información acerca de a contacto persona en el agencia/tribunal donde el queja fue archivado.		
Nombre:		
Título:		
Agencia:		
DIRECCIÓN: _____		
Teléfono:		
Sección VI		
Nombre de agencia queja es contra:		
Persona de contacto:		
Título:		
Número de teléfono:		

Tú puede adjuntar cualquier escrito materiales o otro información eso tú pensar es importante para usted queja.

Firma y fecha requerido abajo:

Firma _____

Fecha: _____