

FORMA DE RECLAMACIÓN BAJO EL TÍTULO VI

Cualquier persona que crea que ha sido discriminada por Lifewell 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 Phillip Havatone at Lifewell at 602-599-5408 (TTY: 711) ó por correo electrónico a phillip.havatone@terroshealth.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 _____

