

**Miami Cerebral Palsy Residential Services, Inc.**

Environmental Services  
**Section VIII: Transportation**  
 Effective Date: 4/30/19

**POLICY NUMBER:** T160c  
**SUBJECT:** Title VI Complaint Form

**AUTHORITY REFERENCE:** 1.) Code of Federal Regulations, Transportation Title 49 (CFR 49)  
 2.) Florida Department of Transportation (FDOT)

Sección I:			
Nombre:			
Dirección:			
Número de teléfono:		Número de teléfono (Trabajo):	
Dirección de correo electrónico:			
Requisitos accesibles?	Formato	Letra grande	Cinta de audio
		TDD	De otra manera que
Sección II:			
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?		Si*	No
* Si respondió "sí" a esta pregunta, pase a la Sección III.			
De lo contrario, proporcione el nombre y la relación de la persona por la que se queja:			
Explique por qué ha presentado una solicitud a nombre de un tercero: _____			
Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si presenta la solicitud en nombre de un tercero.		Si	No
Sección III:			
Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda):			
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Origen nacional	<input type="checkbox"/> La edad
<input type="checkbox"/> La Discapacidad	<input type="checkbox"/> Estado familiar o religioso	[            ]	Other (Explique)
_____			
Fecha de la presunta discriminación (mes, día, año): _____			
Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la (s) persona (s) que lo discriminó (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario.			
_____			
_____			

