



### Formulario de quejas en virtud del Título VI

La KVRTA se compromete a garantizar que no se excluya a ninguna persona, por motivos de raza, color u origen nacional, de la participación en sus servicios y que no se le niegue gozar de los beneficios de sus servicios, según lo establecido en el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, en su versión modificada. Las quejas en virtud del Título VI deben presentarse en un plazo de 180 días a partir de la fecha de la presunta discriminación.

Se requiere la siguiente información para que podamos procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con el responsable del Título VI llamando al (304) 343-3840. Debe enviar el formulario completado a la KVRTA, Curt Zickafoose, P.O. Box 1188, Charleston, WV 25324.

Su nombre:	Teléfono fijo:
------------	----------------

Domicilio:	Teléfono celular:
------------	-------------------

Ciudad, estado y código postal:
---------------------------------

Personas discriminadas (si no es el demandante):
--

Nombre:
---------

Domicilio, ciudad, estado y código postal:
--

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el motivo por el que se produjo la presunta discriminación? (Encierre en un círculo la opción que corresponda). Raza Color Origen nacional (dominio limitado del inglés)	Fecha del incidente:
--	----------------------

Describa el presunto incidente discriminatorio. De ser posible, escriba los nombres y cargos de los empleados de la KVRTA involucrados. Explique lo que sucedió y quién considera que fue el responsable. Utilice el reverso de este formulario si necesita espacio adicional.


Complete el reverso de este formulario.



Describa el presunto incidente discriminatorio (continúa).	
<p>¿Presentó una queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local?          (Encierre en un círculo la opción que corresponda). Sí / No          Si la respuesta es afirmativa, enumere las agencias e incluya la información de contacto a continuación:</p>	
Agencia:	Nombre de contacto:
Domicilio, ciudad, estado y código postal:	Teléfono:
Agencia:	Nombre de contacto:
Domicilio, ciudad, estado y código postal:	Teléfono:
Confirmando que he leído la acusación anterior y que es verdadera a mi leal saber y entender.	
Firma del demandante:	Fecha: