

## Meals on Wheels PLUS of Manatee, Inc. Discrimination Complaint Form

<b>Section I:</b>			
Name:			
Address:			
Telephone (Home):		Telephone (Work):	
Electronic Mail Address:			
Accessible Format Requirements?	Large Print		Audio Tape
	TDD		Other
<b>Section II:</b>			
Are you filing this complaint on your own behalf?		Yes*	No
*If you answered "yes" to this question, go to Section III.			
If not, please supply the name and relationship of the person for whom you are complaining:			
Please explain why you have filed for a third party: _____			
Please confirm that you have obtained the permission of the aggrieved party if you are filing on behalf of a third party.		Yes	No
<b>Section III:</b>			
I believe the discrimination I experienced was based on (check all that apply):			
<input type="checkbox"/> Race <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> National Origin <input type="checkbox"/> Age <input type="checkbox"/> Disability <input type="checkbox"/> Family or Religious Status <input type="checkbox"/> Other (explain) _____			
Date of Alleged Discrimination (Month, Day, Year): _____			
Explain as clearly as possible what happened and why you believe you were discriminated against. Describe all persons who were involved. Include the name and contact information of the person(s) who discriminated against you (if known) as well as names and contact information of any witnesses. If more space is needed, please use the back of this form.  _____  _____			
<b>Section IV</b>			
Have you previously filed a Title VI complaint with this agency?		Yes	No

<b>Section V</b>	
Have you filed this complaint with any other Federal, State, or local agency, or with any Federal or State court?	
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
If yes, check all that apply:	
<input type="checkbox"/> Federal Agency: _____	
<input type="checkbox"/> Federal Court _____	<input type="checkbox"/> State Agency _____
<input type="checkbox"/> State Court _____	<input type="checkbox"/> Local Agency _____
Please provide information about a contact person at the agency/court where the complaint was filed.	
Name:	
Title:	
Agency:	
Address:	
Telephone:	
<b>Section VI</b>	
Name of agency complaint is against:	
Contact person:	
Title:	
Telephone number:	

You may attach any written materials or other information that you think is relevant to your complaint.

Signature and date required below

\_\_\_\_\_  
Signature Date

Please submit this form in person at the address below, or mail this form to:

Frank Perry  
Transportation Manager  
Meals on Wheels PLUS of Manatee, Inc.  
811 23<sup>rd</sup> Avenue East  
Bradenton, FL. 34208

or

The Federal Transit Administration  
Office of Civil Rights  
1200 New Jersey Ave., SE  
Washington, D.C.

## Meals on Wheels PLUS of Manatee

### Formulario de queja por discriminación

<b>Sección I:</b>				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono (casa):			Teléfono (trabajo):	
Dirección de correo electrónico:				
¿Requisitos de formato accesible?	Impresión de gran tamaño		Cinta de audio	
	TDD		Otros	
<b>Sección II:</b>				
¿Usted está presentando esta queja en su nombre?			Sí *	No
* Si usted respondió "Sí" a esta pregunta, ir a la sección III.				
Si no, por favor suministrar el nombre y la relación de la persona a quien usted se queja:				
Explique por qué ha presentado por un tercero: _____				
Por favor confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si radicara en nombre de un tercero.			Sí	No
<b>Sección III:</b>				
Creo que he experimentado la discriminación se basaba en (marque todas las que apliquen):				
Carrera <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> origen nacional <input type="checkbox"/> edad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Discapacidad familia o estado religioso <input type="checkbox"/> otro (explique) _____				
Fecha de la supuesta discriminación (mes, día, año): _____				
Explicar lo más claramente posible lo que pasó y por qué usted cree que fueron discriminados. Describir a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluir el nombre e información de contacto de la persona que discriminó (si lo conoce) así como nombres e información de contacto de testigos. Si se necesita más espacio, utilice el dorso de este formulario.  _____				
<b>Sección IV</b>				
¿Anteriormente ha presentado una queja del título VI con esta agencia?			Sí	No

<b>Sección V</b>
¿Ha presentado esta queja con cualquier otro Federal, estatal o agencia local, o con cualquier Tribunal Federal o estatal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, compruebe todas las que apliquen: Agencia Federal para el <input type="checkbox"/> : _____ Tribunal Federal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> la agencia estatal _____ <input type="checkbox"/> Estado de corte Agencia Local] _____
Sírvanse proporcionar información sobre una persona de contacto en la Agencia/corte donde se presentó la queja.
Nombre:
Título:
Agencia:
Dirección:
Teléfono:
<b>Sección VI</b>
Nombre de denuncia de la agencia es contra:
Persona de contacto:
Título:
Número de teléfono:

Usted puede conectar cualquier material escrito u otra información que crees que es pertinente a su queja.

Firma y fecha especificadas a continuación

\_\_\_\_\_

Firma fecha

Por favor, envíe este formulario en persona en la siguiente dirección, o envíe por correo este formulario para:

Frank Perry  
 Gerente de Transporte  
 Comidas sobre ruedas además de Manatí, Inc.  
 811 23rd Avene East  
 Bradenton, FL 34208

o La Administración Federal de Tránsito  
 Oficina de Derechos Civiles  
 1200 New Jersey Ave., SE  
 Washington, D.C.