

Instrucciones

TriMet da la bienvenida a todos los usuarios a utilizar sus servicios, sin importar su identidad ni su lugar de origen. TriMet esta comprometido a brindar a todos igualdad de acceso a sus instalaciones y servicios según las leyes estatales y federales.

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita algún tipo de asistencia para completar el formulario o necesita información en formatos alternativos, por favor comuníquese con nosotros utilizando la información de contacto que aparece en la página siguiente.

Si necesita asistencia para completar este formulario o enviar su queja, por favor contacte a Servicio al Cliente de TriMet al 503.238.7433. También puede chatear con un representante de servicio al cliente al ingresar a trimet.org/contact

Sección I - Su información

Nombre:	Pronombres (opcional):	Número telefónico:
---------	------------------------	--------------------

Nombre de la calle:

Ciudad:	Estado:	Código postal:	Correo electrónico:
---------	---------	----------------	---------------------

Sección II - Información de la parte agraviada (complete SÓLO si presenta esta queja en nombre de otra persona)

¿Obtuvo permiso de la parte agraviada para presentar este reclamo en su nombre? Sí No

Nombre de la parte agraviada:	Pronombres (opcional):	Relación con usted:
-------------------------------	------------------------	---------------------

Por favor, explique por qué presenta esta queja a nombre de una tercera persona:

Sección III - Detalles de la queja

Pienso que la discriminación que yo/la parte agraviada experimentó estuvo basada en (seleccione todas las que apliquen):

Raza* Color* País de origen* Sexo Religión Orientación sexual Estado civil

Edad Discapacidad Género * Título IV clase protegida

Fecha del incidente:	Hora aproximada en la que ocurrió el incidente:
----------------------	---

Lugar del incidente (ciudad y condado):

En sus propias palabras, describa la discriminación. Explique lo que sucedió y qué política, programa, actividad o persona piensa que fue discriminatoria (si necesita espacio adicional, por favor use la página 3 de este formulario):

Sección IV - Testigos

¿Alguna persona presenció la presunta discriminación? Sí No

Si su respuesta es "sí" y la persona desea proporcionar una declaración, indique su nombre y su información de contacto:

Nombre: _____ Número telefónico: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____

Sección V - Queja(s) anterior(es)

¿Ha presentado esta queja con otra agencia o con algún tribunal federal, estatal o local? Sí No

Si su respuesta es "sí", seleccione todas las que apliquen:

Agencia federal Agencia local Agencia estatal Corte federal Corte estatal

Otros: _____

Por favor, brinde la información de contacto de una persona en la agencia/tribunal donde se presentó la queja:

Nombre: _____ Número telefónico: _____

Correo electrónico: _____

Sección VI - Firma(s)

Firma de la persona que presenta la queja:

Fecha:

Firma de la persona que preparó esta queja:

Fecha:

(Office Use Only)

PAI TEAM:

Complaint received: _____ / _____ / _____ Verified by: _____

Title VI: YES/NO _____ (date)

Other Category: YES/NO _____ (date)

Puede enviar este formulario por correo electrónico, correo postal o fax.

Correo:

TriMet
Public Access & Innovation Division
101SW Main St. Ste 700
Portland, Oregon 97204

Correo electrónico:

civilrights@trimet.org

Asunto:

[Su nombre] / Formulario de queja

Fax:

503-962-3453

Espacio adicional para la información sobre la presunta discriminación: