

# Servicios de Transporte y Estacionamiento de la Universidad de Georgia

## Formulario de queja del Título VI

El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 exige que “Ninguna persona en los Estados Unidos, por motivos de raza, color o nacionalidad, será excluida de la participación, ni se le negarán los beneficios ni será objeto de discriminación en virtud de cualquier programa o actividad que reciba asistencia financiera federal”.

Nota: La siguiente información es necesaria para ayudar a los Servicios de Transporte y Estacionamiento de la Universidad de Georgia junto a la Oficina de Igualdad de Oportunidades (*EEO*, por sus siglas en inglés *Equal Opportunity Office*) de UGA a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con la persona enlace del Título VI. Complete y devuelva este formulario a:

### Contacto de la persona enlace del Título VI

Qiana Wilson, Director, Equal Opportunity Office

706-542-7912

[ugaeoo@uga.edu](mailto:ugaeoo@uga.edu)

278 Brooks Hall 3

10 Herty Drive

Athens, GA 30602

<b>Sección I:</b>				
<b>Nombre:</b>				
<b>Dirección:</b>				
<b>Teléfono (Hogar):</b>			<b>Teléfono (Trabajo):</b>	
Correo Electrónico:				
¿Requisitos de formato accesible?	Letra grande		<b>Grabación de Audio</b>	
	TDD**		<b>Otros</b>	
<b>Sección II:</b>				
¿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 presenta la queja:				
Explique por qué ha solicitado a un tercero:				
Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si presenta la solicitud en nombre de un tercero.			Si	No
<b>Sección III:</b>				

\*\* Nota de traducción: Dispositivo de telecomunicación para sordos

Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda):

Raza                       Color                       Nacionalidad

Fecha de la supuesta discriminación (mes, día, año): \_\_\_\_\_

Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que lo discriminaron (si se conocen), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Sección IV

¿Ha presentado previamente una queja del Título VI con esta agencia?

Si

No

#### Sección V

¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal?

Si                       No

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

Agencia Federal: \_\_\_\_\_

Corte Federal \_\_\_\_\_

Agencia Estatal \_\_\_\_\_

Corte Estatal \_\_\_\_\_

Agencia Local \_\_\_\_\_

Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia/corte donde se presentó la queja

**Nombre:**

**Título:**

**Agencia:**

**Dirección:**

**Teléfono:**

#### Sección VI

Nombre de la agencia contra la que se presenta la queja:

Persona de contacto:

Título:

Número de teléfono:

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.

Firma y fecha requeridas a continuación

---

Firma

Fecha