

NWCTD Title VI Complaint Form

Note: We are asking for the following information to assist in processing your complaint. This form is not mandatory – it is simply provided as a means of assistance in making a complaint. If you need help, including another language, in completing this form please contact us at 860-489-2535.

Complainant's Information:

Name: _____
Address: _____
City/State/Zip Code: _____
Telephone Number (Home): _____
Telephone Number (Work): _____

Which of the following best describes the reason you believe the discrimination took place?

Race _____ Color (specify): _____
National Origin (specify): _____ Other _____

On what date(s) did the alleged discrimination take place?

Describe the alleged discrimination and who was involved

List names and contact information of persons who may have knowledge of the alleged discrimination.

Have you filed this complaint with any other federal, state or local agency, or with any federal or state court? Check all that apply.

Federal agency _____ State agency _____ Local Agency _____
Federal court _____ State court _____

Please provide information about a contact person at the agency/court where the complaint was filed.

Name: _____
Address: _____
City/State/Zip Code: _____
Telephone Number (Work): _____

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

Complainant Signature _____ Date _____

Attachments: Yes _____ No _____

Submit form and any additional information to:

Executive Director
NWCTD
957 East Main Street
Torrington, CT 06790

Phone: (860) 489-2535
Fax: (860) 489-3353
Email: CDeane8827@aol.com

El noroeste de Connecticut Distrito de Tránsito

Formulario de Queja NWCTD Título VI

Nota: Estamos pidiendo la siguiente información para ayudarnos a procesar su queja. Este formulario no es obligatorio - se limitó a presentar como un medio de ayuda para hacer una denuncia. Si necesita ayuda, incluyendo otro idioma, para completar este formulario, por favor contacte con nosotros en 860-489-2535.

Información del reclamante:

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad (*): Estado (*): Código postal: _____
Número de teléfono (Inicio): _____
Número de Teléfono (Trabajo): _____

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la razón por la que cree que ocurrió la discriminación?

_____ Color Carrera (especificar): _____
Origen Nacional (especificar): _____ Otro _____

¿En qué fecha (s) ocurrió la supuesta discriminación ocurrió?

¿En qué fecha (s) ocurrió la supuesta discriminación ocurrió? _____

Describir la supuesta discriminación y quién estuvo involucrado

El noroeste de Connecticut Distrito de Tránsito
Actualizado y partir de septiembre de 2013

los nombres y datos de contacto de las personas que puedan tener conocimiento de la supuesta discriminación.

¿Ha presentado esta queja con cualquier otra agencia estatal o local federal, o con cualquier corte federal o estatal? Marque todo lo que corresponda.

agencia federal _____ agencia estatal Agency _____ local
court _____ Estado Federal court _____

Sírvanse proporcionar información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad (*): Estado (*): Código

postal: _____

Número de Teléfono (Trabajo): _____

Por favor firme abajo. Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que usted piensa que es relevante para su queja.

Demandante Firma Fecha

Adjuntos: Yes _____ No _____

Envíe el formulario y cualquier información adicional a:

Executive Director Teléfono: (860) 489-2535
NWCTD Fax: (860) 489-3353
957 East Main Street Correo electrónico: CDeane8827@aol.com
Torrington, CT 06790