**C TRAN TITLE VI COMPLAINT FORM**

C TRAN operates it programs and services without regard to race, color and national origin in accordance with Title VI of the Civil Rights Act of 1964. Any person who

believes that she or he has been aggrieved by any unlawful discriminatory practice under Title

VI must file a complaint within 180 days of the alleged occurrence to any of the following by mail, in person, fax and/or email as explained at the end of the form.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Section I:** | | | | | |
| Name: | | | | | |
| Address: | | | | | |
| Telephone (Home): | Telephone (Work): | | | | |
| Electronic Mail Address: | | | | | |
| Accessible Format Requirements? | ☐ Large Print | | | ☐ Audio Tape | |
| ☐ TDD | | | ☐ Other | |
| **Section II:** | | | | | |
| 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 |
| **Section III:** | | | | | |
| I believe the discrimination I experienced was based on (check all that apply):    ☐ Race ☐ Color ☐ National Origin    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. | | | | | |
| **Section VI:** | | | | | |
| Have you previously filed a discrimination complaint with this  ☐Yes ☐No agency? | | | | | |
| If yes, please provide any reference information regarding your previous complaint. | | | | | |
| **Section V:** | | | | | |
| Have you filed this complaint with any other Federal, State, or local agency, or with any Federal or State court?  ☐ Yes ☐ No  If yes, check all that apply:  ☐ Federal Agency:  ☐ Federal Court: ☐ State Agency: ☐ State Court : ☐ Local Agency: | | | | | |
| Please provide information about a contact person at the agency/court where the complaint was filed. | | | | | |
| Name: | | | | | |
| Title: | | | | | |
| Agency: | | | | | |
| Address: | | | | | |
| Telephone: | | | | | |
| **Section VI:** | | | | | |
| Name of agency complaint is against: | | | | | |
| Name of person complaint is against: | | | | | |
| Title: | | | | | |
| Location: | | | | | |
| Telephone Number (if available): | | | | | |

You may attach any written materials or other information that you think is relevant to your complaint. Your signature and date are required below

Signature Date

**Mail, email or deliver completed form to:**

**Elmira-Chemung Transportation Council**

**Attn: Angela Wood: Transit Specialist**

**400 E Church Street**

**Elmira, NY 14901**

**(607) 873-1509**

**anwood@chemungcountyny.gov**

New York State Department of Transportation, Office of Civil Rights, Attn: Director, 50 Wolf Road, Sixth Floor, Albany, NY 12232, fax: 518.549.1273 or email: OCRTitleVI@dot.ny.gov

Federal Transit Administration (FTA), Office of Civil Rights, Attn: Title VI Program Coordinator, East Building, 5th Floor-TCR, 1200 New Jersey Ave, SE, Washington, DC 20590.

**C TRAN TÍTULO VI FORMULARIO DE QUEJA**

C TRAN opera sus programas y servicios sin distinción de raza, color y origen nacional de acuerdo con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964. Cualquier persona que crea que ha sido perjudicada por alguna práctica discriminatoria ilegal bajo el Título VI debe presentar una queja dentro de los 180 días de la supuesta ocurrencia a cualquiera de los siguientes por correo, en persona, fax y / o correo electrónico como se explica al final del formulario.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección I:** | | | | | |
| Nombre: | | | | | |
| Teléfono (Casa): | | | | | |
| Telephone (Home): | Teléfono (Trabajo): | | | | |
| Dirección de correo electrónico: | | | | | |
| Requisitos de formato accesible? | ☐ Impresión grande | | | ☐ Cinta de audio | |
| ☐ TDD | | | ☐ Otro | |
| **Sección II:** | | | | | |
| ¿Está presentando esta queja en su propio nombre? | | | ☐Sí \* | | ☐No |
| \* Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III. | | | | | |
| De lo contrario, proporcione el nombre y la relación de la persona por la que se queja. | |  | | | |
| Explique por qué ha solicitado un tercero: | | | | | |
| Confirme que ha obtenido el permiso de la parte perjudicada si está presentando una demanda en nombre de un tercero | | | ☐Sí | | ☐No |
| **Sección III:** | | | | | |
| Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda):  ☐ Raza ☐ Color ☐ Origen nacional    Fecha de presunta discriminación (mes, día, año): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Explique con la mayor claridad posible qué sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describe a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que lo discriminó (si lo conoce), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, utilice la parte de atrás de este formulario. | | | | | |
| **Sección VI:** | | | | | |
| ¿Ha presentado anteriormente una queja por discriminación | | |  | |  |
| con esta agencia? | | | ☐Sí | | ☐No |
| En caso afirmativo, proporcione cualquier información de referencia con respecto a su queja anterior. | | | | | |
| **Sección V:** | | | | | |
| Have you filed this complaint with any other Federal, State, or local agency, or with any Federal or State court?  ☐ Sí ☐ No  En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:☐ Tribunal Federal:  ☐ Tribunal Federal: ☐ Agencia Estatal: | | | | | |
| ☐ Tribunal estatal: ☐ Agencia local: | | | | | |
| Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja. | | | | | |
| Nombre: | | | | | |
| Título: | | | | | |
| Agencia: | | | | | |
| Dirección: | | | | | |
| Teléfono: | | | | | |
| **Sección VI:** | | | | | |
| El nombre de la queja de la agencia está en contra: | | | | | |
| La queja del nombre de la persona es contra: | | | | | |
| Título: | | | | | |
| Ubicación: | | | | | |
| Número de teléfono (si está disponible): | | | | | |

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su reclamo. Su firma y fecha son requeridas a continuación

Firma Fetcha

Envíe por correo, correo electrónico o entregue el formulario completo a:

**Elmira-Chemung Transportation Council**

**Attn: Angela Wood: Transit Transit Specialist**

**400 E Church Street**

**Elmira, NY 14901**

**(607) 873-1509**

**anwood@chemungcountyny.gov**

New York State Department of Transportation, Office of Civil Rights, Attn: Director, 50 Wolf Road, Sixth Floor, Albany, NY 12232, fax: 518.549.1273 or email: OCRTitleVI@dot.ny.gov

Federal Transit Administration (FTA), Office of Civil Rights, Attn: Title VI Program Coordinator, East Building, 5th Floor-TCR, 1200 New Jersey Ave, SE, Washington, DC 20590.