



## Non-Discrimination Complaint Form

### River Bend Transit

River Bend Transit is committed to ensuring that no person is excluded from participation in or denied the benefits of its services on the basis of race, age, religion, physical or mental disability, color, sex, sexual orientation, gender identity, marital status, familial status, national origin/English proficiency, or creed, as provided by Title VI of the Civil Rights Act of 1964, as amended. Title VI complaints must be filed within 180 days from the date of the alleged discrimination.

The following information is necessary to assist us in processing your complaint. If you require any assistance in completing this form, please contact the Title VI Coordinator by calling (563) 386-7484. The completed form must be returned to River Bend Transit, Title VI Coordinator, 7440 Vine Street Ct, Davenport, IA 52806. Faxed, emailed, or electronically transmitted forms are not accepted. Hand delivery is needed to make sure the complaint is filed within the statutory deadline.

Your Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_ Alt. Phone: \_\_\_\_\_

City, State & Zip Code: \_\_\_\_\_

Person(s) discriminated against (if someone other than complainant):

Name: \_\_\_\_\_

Street Address, City, State & Zip Code:

\_\_\_\_\_

- Which of the following best describes the reason for the alleged discrimination took place? (Circle one)

Date of Incident: \_\_\_\_\_

- |              |                                       |
|--------------|---------------------------------------|
| • Age        | • Sexual Orientation                  |
| • Race       | • Gender Identity                     |
| • Religion   | • Marital Status                      |
| • Disability | • Familial Status                     |
| • Color      | • National Origin/English Proficiency |
| • Sex        | • Creed                               |

Please describe the alleged discrimination incident. Provide the names and title of all River Bend Transit employees involved if available. Explain what happened and whom you believe was responsible. Please use the back of this form if additional space is required.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





Formulario de quejas del Título VI

Tránsito de River Bend

River Bend Transit se compromete a garantizar que ninguna persona sea excluida de la participación o se le nieguen los beneficios de sus servicios por motivos de raza, edad, religión, discapacidad física o mental, color, sexo, orientación sexual, identidad de género, estado civil, estado familiar, origen nacional / dominio del inglés o credo, según lo dispuesto por el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, según enmendada. Las quejas del Título VI deben presentarse dentro de los 180 días a partir de la fecha de la supuesta discriminación.

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con el Coordinador del Título VI llamando al (563) 386-7484. El formulario completo debe devolverse a River Bend Transit, Coordinador del Título VI, 7440 Vine Street Ct, Davenport, IA 52806. No se aceptan formularios enviados por fax, correo electrónico o transmisión electrónica. Se necesita la entrega en mano para asegurarse de que la queja se presente dentro del plazo legal.

Tu Nombre: Teléfono:

Dirección: Alt. Teléfono:

Ciudad (\*): Estado (\*): Código postal:

Persona (s) discriminada (si alguien que no sea el denunciante):

Nombre:

Dirección, ciudad, estado y código postal:

• ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el motivo de la supuesta discriminación que tuvo lugar? (Un círculo)

fecha del incidente:

- Años
- Carrera
- Religión
- Discapacidad
- Color
- Sexo
- Orientación sexual
- Identidad de género
- Estado civil
- Estado familiar
- Origen nacional / dominio del inglés
- Credo

Describa el supuesto incidente de discriminación. Proporcione los nombres y el cargo de todos los empleados de River Bend Transit involucrados, si están disponibles. Explique lo que sucedió y quién cree que fue el responsable. Utilice el reverso de este formulario si necesita espacio adicional.

(Complete el reverso del formulario)

Formulario de quejas del Título VI

Tránsito de River Bend

Describa el supuesto incidente de discriminación (continuación)

¿Ha presentado una queja ante otras agencias federales, estatales o locales? (Marque uno) Sí / No

Agencia: Nombre de contacto:

Dirección, ciudad, estado y código postal: Nombre de contacto:

Agencia: Nombre de contacto:

Dirección, ciudad, estado y código postal: Nombre de contacto:

Afirmo que he leído el cargo anterior y que es verdadero a mi leal saber y entender, información y creencia.

Teléfono de la firma del demandante

Escriba en letra de imprenta o escriba el nombre del demandante

Fecha recibida:

Recibido por: