

Ronald G. Rios
County Commissioner Director

Shanti Narra
County Commissioner Deputy Director

Claribel A. Azcona-Barber
Charles Kenny
Leslie Koppel
Chanelle Scott McCullum
Charles E. Tomaro
County Commissioners



DEPARTMENT OF TRANSPORTATION
Office of
Middlesex County RIDE

Charles Kenny
Chairperson,
Transportation

John A. Pulomena
County Administrator

Khalid Anjum
Department Head

Stanley Subjinski
Director

Title VI Complaint Form

Title VI of the 1964 Civil Rights Act requires that “No person in the United States shall, on the ground of race, color or national origin, be excluded from participation in, be denied the benefits of, or be subjected to discrimination under any program or activity receiving federal financial assistance.”

Note: The following information is necessary to assist us in processing your complaint. Should you require any assistance in completing this form, please let us know.

For complaints concerning the Section 5310 (Enhanced Mobility for Seniors and Persons with Disabilities) Programs or other grant programs funded by the Federal Transit Administration, complete and return this form to the following addresses:

Middlesex County RIDE
97 Apple Orchard Ln
North Brunswick, NJ 08902

or

Title VI Program Coordinator
East Building 5th Floor – TCR, US Department of Transportation
Federal Transit Administration, Office of Civil Rights
1200 New Jersey Ave SE
Washington, DC 20590

1. Complainants' Name _____

2. Address _____

3. City, State and Zip Code _____

4. Telephone Number (home) _____ (business) _____

5. Person discriminated against (if someone other than the complainant)

Name _____

Address _____



City, State and Zip Code _____

6. Which of the following best describes the reason you believe the discrimination took place? Was it because of your? (check reason)

a. Race _____

c. National Origin _____

b. Color _____

7. What date did the alleged discrimination take place and the location? Explain what happened and whom you believe was responsible. Please use the back of this form if additional space is required.

8. 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

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

Name _____

Address _____

City, State, and Zip Code _____

Telephone Number _____



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

Complainant's Signature

Date

Title VI Complaint Form
(Spanish)

Título VI de la ley de derechos civiles de 1964 requiere que "ninguna persona en los Estados Unidos, por razón de raza, color u origen nacional, excluida de la participación en, ser negada los beneficios de o ser objeto de discriminación bajo cualquier programa o actividad recibiendo asistencia financiera federal".

Nota: La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, por favor háganoslo saber.

Para las quejas relativas a la sección 5310 (Movilidad Mejorada para Senior y las personas con discapacidad) u otros programas de subvención financiadas por la Administración Federal de tránsito, complete y devuelva este formulario:

Middlesex County RIDE (MIDDLESEX COUNTY RIDE)
75 Bayard St
New Brunswick, NJ 08901

or

Title VI program Coordinator
East Building 5th Floor – TCR, US Department of Transportation
Federal Transit Administration, Office of Civil Rights
1200 New Jersey Ave SE
Washington, DC 20590

1. Complainants' nombre _____
2. Dirección _____
3. Ciudad, Estado, and Zip código _____
4. Teléfono número (residencia) _____ (negocios) _____



5. Persona discriminada (si alguien que no sea el demandante)

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, and Zip código _____

6. ¿Cuál de los siguientes mejor describe la razón que crees que la discriminación llevó a cabo? Fue causa de su:
(marque el motivo)

a. raza _____

c. nacional origen _____

b. color _____

7. ¿En qué fecha tomó la discriminación alegada lugar y la ubicación? Explicar lo que pasó y quién crees que fue el responsable. Por favor use el dorso de este formulario si se requiere espacio adicional.

10. ¿Ha presentado esta queja con cualquier otro federal, estatal o local Agencia; o con cualquier tribunal federal o estatal. _____ Si _____ No

Si es así, compruebe todas las que apliquen:

_____ Federal agencia _____ Federal jurisprudencia _____ Estado agencia

_____ Estado jurisprudencia _____ Local agencia



11. Sírvanse proporcionar información sobre una persona de contacto en la Agencia/corte donde se presentó la queja.

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, and Zip código _____

Teléfono número _____

Por favor firmar a continuación. Usted puede conectar cualquier material escrito u otra información que crees que es pertinente a su queja.

Complainant's firma

dátil

