Title VI Complaint Form

TITLE VI COMPLAINT FORM

Any person who believes that he or she has been discriminated against by Valley Metro or City of Phoenix or any of its service providers and believes the discrimination was based upon race, color or national origin, may file a formal complaint with Valley Metro Customer Service.

Please provide the following information to process your complaint. Alternative formats and languages are available upon request. You can reach Customer Service at 602.253.5000 (TTY: 602.251.2039) or via email at *csr@valleymetro.org*.

SECTION 1: CUSTOMER INFORMATION

First Name:_____ Last Name:_____

Address:_____

City:_____ State:_____ Zip:_____

Home Phone:_____ Cell Phone:_____

Email:_____ Preferred method of contact: ☐ Phone ☐ Email

SECTION 2: INCIDENT INFORMATION

Date of Incident:_____ Time of Incident:_____ ☐ AM ☐ PM City:_____

Incident Location:_____ Direction of Travel:_____

Route #:_____ Bus/Light Rail/Streetcar #:_____

Service Type: ☐ Local Bus ☐ Express/RAPID ☐ Circulator/Connector ☐ Light Rail ☐ Streetcar ☐ Dial-a-Ride

Operator Name:_____

Operator Description:_____

What was the discrimination based on *(Check allthat apply)*: ☐ Race ☐ Color ☐ National Origin ☐ Other_____

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. You may also attach any written materials or other information relevant to your complaint.

Have you filed this complaint with the Federal Transit Administration (FTA)? ☐ Yes ☐ No

If yes, please provide information about a contact person at the FTA where the complaint was filed:

Name:_____ Title:_____

Address:_____ Phone:_____

Have you previously filed a Title VI complaint with this agency? ☐ Yes ☐ No

Signature and date required below:

Signature_____

Date_____

City of Phoenix | VALLEY METRO

Please submit this form in person at the address below, or mail this form to:

Town of Guadalupe Senior Center Bus Transit Program, Amber Carter, Senior Center Director.

9401 S. Avenida del Yaqui, Guadalupe, AZ 85283. Or contact Amber Carter at 480-505-5393 or acarter@guadalupeaz.org.

A copy of this form can be found online at guadalupeaz.org

FORMA DE RECLAMACIÓN BAJO EL TÍTULO VI

Cualquier persona que crea que ha sido discriminada por Valley Metro o la Ciudad de Phoenix o por cualquiera de sus proveedores de servicios y cree que la discriminación fue basada en su raza, color u origen nacional, puede registrar una queja formal ante el Servicio al Cliente de Valley Metro.

Por favor provea la siguiente información para procesar su queja. Hay formatos e idiomas alternativos disponibles si se solicitan. Usted se puede comunicar con el Servicio al Cliente llamando al 602.253.5000 (TTY: 602.251.2039) ó por correo electrónico a *csr@valleymetro.org*.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre:_____ Apellido:_____
Domicilio:_____
Ciudad:_____ Estado:_____ Código Postal:_____
Teléfono del Hogar:_____ Teléfono Celular:_____
Correo Electrónico:_____ Método preferido de contacto: ☐ Teléfono ☐ Correo Electrónico

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN SOBRE EL INCIDENTE

Fecha del Incidente:_____ Hora del Incidente:_____ ☐ AM ☐ PM Ciudad:_____
Ubicación del Incidente:_____ Dirección del Viaje:_____
Ruta #:_____ Autobús/Tren Ligero/Tranvía #:_____
Tipo de Servicio ☐ Autobús Local ☐ Express/RAPID ☐ Circulador/Conector ☐ Tren Ligero ☐ Tranvía ☐ Dial-a-Ride
Nombre del/la Operador/a:_____
Descripción del/la Operador/a:_____
¿En qué se basó la discriminación? *(Marque todo lo que sea aplicable):*
☐ Raza ☐ Color ☐ Origen Nacional ☐ Otro_____

Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree usted que se le discriminó. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la/s persona/s que le discriminó/aron (si los conoce), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Si se necesita más espacio, por favor use el reverso de esta forma. Usted también puede adjuntar cualquier material por escrito u otra información relevante a su queja.

¿Ha usted registrado esta queja ante la Administración Federal de Transporte (FTA por sus siglas en inglés)? ☐ Sí ☐ No
Si contestó Sí, por favor provea información sobre una persona de contacto en la administración FTA donde se registró la queja:
Nombre:_____ Título:_____
Domicilio:_____ Teléfono:_____

¿Ha usted registrado previamente una queja bajo el Título VI ante esta agencia? ☐ Sí ☐ No
Firma y fecha requeridas abajo:

Firma_____
Fecha_____

City of Phoenix | VALLEY METRO

Someta la forma y cualquier información adicional a:
Town of Guadalupe Senior Center Bus Transit Program, Amber Carter, Senior Center Director. 9401 S. Avenida del Yaqui, Guadalupe, AZ 85283. Or contact Amber Carter at 480-505-5393 or acarter@guadalupeaz.org.