

# MARSHALL COUNTY COUNCIL ON AGING

## Consolidated Civil Rights Complaint Form

---

**Marshall County Council on Aging** is responsible for ensuring proper implementation of several civil rights laws and programs, including Title VI of the Civil Rights Act of 1964, the Americans with Disabilities Act of 1990 (ADA), the Disadvantaged Business Enterprise (DBE) program, and the External Equal Employment Opportunity (EEO) program.

In the complaint investigation process, we analyze the complainant's allegations for possible deficiencies by our transit provider. If deficiencies are identified, they are presented to the transit provider and assistance is offered to correct the inadequacies within a predetermined timeframe.

Please mail or submit your completed form to:

**Marshall County Council on Aging**  
**Janis Holiday, Executive Director**  
**1305 W. Harrison Street Plymouth, IN 46563**

If you have questions about how to prepare a complaint, you may contact us at 574-936-9904. More information about transit-related civil rights requirements may be found on the FTA's website at [www.fta.dot.gov](http://www.fta.dot.gov).

**Note:** Apart from the form, *on separate pages*, please describe your complaint. You should include specific details such as names, dates, times, vehicle numbers, witnesses, and any other information that would assist us in our investigation of your allegations. Please also provide any other documentation that is relevant to this complaint, including any related correspondence from your transit provider.

**Important:** We cannot accept your complaint without a signature, so please sign on the last page of the form after printing out. **DOUBLE CLICK EACH TEXT BOX TO ENTER TEXT.**

---

### **Section I**

**I believe that I have been (or someone else has been) discriminated against based on:**

- Race / Color / National Origin
- Disability
- Not Applicable

Other (specify)

**I believe that a public transit provider has failed to comply with the following program requirements:**

Disadvantaged Business Enterprise

External Equal Employment Opportunity

Title VI

Americans with Disabilities Act (ADA)

Other(specify)

**Section II**

Name:

Street Address:

City:

State:

Zip Code:

Telephone Numbers:

Home:

Cell:

E-Mail Address:

Accessible format requirements:

Large Print

Not Applicable

**Section III**

Other

Are you filing this complaint on your own behalf?

Yes  No

[If you answered "yes" to this question, go to Section IV.]

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 IV**

Have you previously filed a civil rights complaint with our agency? Yes with  No

If yes, what was the date?

Have you filed this complaint with any of the following agencies?

Transit Provider

Department of Transportation

Department of Justice

Equal Employment Opportunity Commission

Other

If yes, please attach a copy of any response you received to your previous complaint.

Have you filed a lawsuit regarding this complaint?

Yes No

If yes, please provide the case number and attach any related material.

**Section V**

Name of public transit provider complaint is against:

Contact person

Title

Telephone number

**Section VI**

May we release your identity and a copy of your complaint to the transit provider?

Yes

No

**Note:** We may be unable to investigate your allegations without permission to release your identity and complaint.

Please sign here: \_\_\_\_\_

Date:

**Note:** We cannot accept your complaint without a signature.

# EJO DEL CONDADO DE MARSHALL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

## Derechos civiles consolidados Formulario de reclamación

**El Consejo del Condado de Marshall sobre el Envejecimiento** es responsable de garantizar la implementación adecuada de varias leyes y programas de derechos civiles, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA), el programa de Empresas Comerciales Desfavorecidas (DBE) y el programa de Igualdad de Oportunidades de Empleo Externo (EEO).

En el proceso de investigación de quejas, analizamos las alegaciones del demandante para detectar posibles deficiencias por parte de nuestro proveedor de tránsito. Si se identifican deficiencias, se presentan al proveedor de tránsito y se ofrece asistencia para corregir las deficiencias dentro de un plazo predeterminado.

Por favor envíe por correo o envíe su formulario completo a:

**Consejo del Condado de Marshall sobre el Envejecimiento**  
**Janis Holiday, Directora Ejecutiva**  
**1305 W. Harrison Street Plymouth, IN 46563**

Si tiene preguntas sobre cómo preparar una queja, puede comunicarse con nosotros al 574-936-9904. Se puede encontrar más información sobre los requisitos de derechos civiles relacionados con el tránsito en el sitio web de la FTA en [www.fta.dot.gov](http://www.fta.dot.gov).

**Nota:** Aparte del formulario, **en páginas separadas, describa** su queja. Debe incluir detalles específicos como nombres, fechas, horas, números de vehículos, testigos y cualquier otra información que nos ayude en nuestra investigación de sus acusaciones. Proporcione también cualquier otra documentación que sea relevante para esta queja, incluida cualquier correspondencia relacionada de su proveedor de tránsito.

**Importante:** No podemos aceptar su queja sin una firma, así que firme en la última página del formulario después de imprimirlo. **HAGA DOBLE CLIC EN CADA CUADRO DE TEXTO PARA INTRODUCIR TEXTO.**

### **Sección I**

**Creo que he sido (o alguien más ha sido) discriminado por motivos de:**

Raza / Color / Origen Nacional

Discapacidad

No aplicable

Otro (especificar)

**Creo que un proveedor de transporte público no ha cumplido con los siguientes requisitos del programa:**

Empresa comercial desfavorecida

Igualdad de oportunidades de empleo en el exterior

Título VI

Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA)

Otro(especificar)

**Sección II**

Nombre:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Números de teléfono:

Hogar:

Celda:

Dirección de correo electrónico:

Requisitos de formato accesible:

**Sección III**

¿Está presentando esta queja en su propio nombre?

Sí No

[Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección IV.]

De lo contrario, proporcione el nombre y la relación de la persona por la que se queja:

Por favor, explique por qué ha presentado una solicitud para un tercero:

Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si presenta una solicitud en nombre de un tercero:

No  Sí

**Sección IV**

No  ¿Ha presentado previamente una queja de derechos civiles Sí con nuestra agencia?

 En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha?

¿Ha presentado esta queja ante alguna de las siguientes agencias?

Proveedor de tránsito Departamento de Transporte

Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo del Departamento de  
Justicia

--

Otro

En caso afirmativo, adjunte una copia de cualquier respuesta que haya recibido a su queja anterior.

¿Ha presentado una demanda con respecto a esta queja?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

En caso afirmativo, proporcione el número de caso y adjunte cualquier material relacionado.

--

**Sección V**

Nombre del proveedor de transporte público La queja es contra:

		Persona de contacto Título
		Número de teléfono

**Sección VI**

¿Podemos divulgar su identidad y una copia de su queja al proveedor de tránsito?

<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Sí
--------------------------	----	--------------------------	----

**Nota:** Es posible que no podamos investigar sus acusaciones sin permiso para divulgar su identidad y queja.

Por favor firme aquí:

	Fecha:
--	--------

**Nota:** No podemos aceptar su queja sin una firma.



