

**TÍTULO VI Notificación al público**  
**Los Servicios Humanos del Condado de Coastal Bend Center for Independent Living,**  
**Aviso al Público es el siguiente:**

Notificación al público de los derechos bajo el Título VI

SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE COASTAL BEND CENTER FOR INDEPENDENT LIVING

El Departamento de Servicios Humanos del Condado de Coastal Bend Center for Independent Living opera sus programas y servicios sin consideración de raza, color y origen nacional de acuerdo con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles. Cualquier persona que crea que ella o él ha sido agraviado por cualquier práctica discriminatoria ilegal bajo el Título VI puede presentar una queja con los Servicios Humanos del Condado de Coastal Bend Center for Independent Living.

Para más información sobre el programa de derechos civiles del Condado de Coastal Bend Center for Independent Living, los procedimientos para presentar una queja o para presentar una queja, comuníquese al 361-883-8461; Correo electrónico: [caitlinm@cbcill.org](mailto:caitlinm@cbcill.org); O visite nuestra oficina administrativa en 3833 S. Staples Street STE N110, Corpus Christi, TX 78411. Coastal Bend Center for Independent Living notificará a su PTC por correo electrónico o fax o cualquier queja relacionada con el Título VI recibida dentro de los 10 días hábiles siguientes a la recepción de la queja, incluyendo una copia en papel o electrónica del formulario de queja

También se puede presentar una queja directamente con:

Autoridad de Transporte Regional de Corpus Christi, 5658 Bear Lane, Corpus Christi, TX 78405, o envíe un correo electrónico a [jserna@ccrta.org](mailto:jserna@ccrta.org)

Departamento de Transporte de Texas, a la atención de: TxDOT-PTN, 125 E. 11th Street, Austin, TX 78701-2483, o

Administración Federal de Tránsito, Oficina de Derechos Civiles, Atención: Título VI Coordinador del Programa, Edificio Este, 5to piso-TCR, 1200 New Jersey Ave., SE Washington, DC, 20590.

Si se necesita información en otro idioma, llame al 361-883-8461 or (877) 988-1999.

El Aviso de Servicios Humanos del Condado de Coastal Bend Center for Independent Living al Público se publica en las siguientes ubicaciones: (marque todas las que apliquen)

- Sitio web de la agencia: [www.cbcil.org](http://www.cbcil.org)
- Oficina pública
- Áreas de recepción
- Salas de reuniones
- Dentro de vehículos
- Guías para pasajeros/Horarios
- Refugios y estaciones de tránsito
- Otra, \_\_\_\_\_

## Procedimiento de Queja del Título VI

El Procedimiento de Quejas del Título VI de Servicios Humanos del Condado de Coastal Bend Center for Independent Living está disponible en las siguientes ubicaciones: (marque todas las que apliquen)

Cualquier persona que cree que ha sido discriminada por raza, color u origen nacional por los Servicios Humanos del Condado de Coastal Bend Center for Independent Living puede presentar una queja de Título VI completando y presentando el Formulario de Queja de Título VI de la agencia. Los formularios de quejas pueden ser encontrados en: 3833 S. Staples St. STE N110, Corpus Christi, TX 78411. Los Servicios Humanos del Condado de Coastal Bend Center for Independent Living investigan las quejas recibidas no más de 180 días después del presunto incidente. Los Servicios Humanos del Condado de Coastal Bend Center for Independent Living procesarán quejas completas.

Una vez recibida la queja, los Servicios Humanos del Condado de Coastal Bend Center for Independent Living la revisarán para determinar si nuestra oficina tiene jurisdicción. (Una copia de cada denuncia recibida de Título VI será enviada al Coordinador de Transporte Público de TxDOT dentro de los diez (10) días naturales de haber recibido). El reclamante recibirá una carta de reconocimiento informándole si la investigación será investigada por nuestra oficina.

Los Servicios Humanos del Condado de Coastal Bend Center for Independent Living tienen 10 días para investigar la queja. Si se necesita más información para resolver el caso, los Servicios Humanos del Condado de Coastal Bend Center for Independent Living pueden contactar al demandante.

El reclamante tiene 10 días hábiles desde la fecha de la carta para enviar la información solicitada al investigador asignado al caso.

Si el denunciante no contacta al investigador o no recibe la información adicional dentro de los 10 días hábiles, los Servicios Humanos del Condado de Coastal Bend Center for Independent Living pueden cerrar administrativamente el caso. Un caso puede ser administrativamente cerrado también si el demandante ya no desea seguir su caso.

Después de que el investigador revise la queja, emitirá una de dos (2) cartas al demandante: una carta de cierre o una carta de hallazgo (LOF).

Una carta de cierre resume las alegaciones e indica que no hubo una violación del Título VI y que el caso será cerrado.

Una carta de hallazgo (LOF) resume las acusaciones y las entrevistas con respecto al supuesto incidente, y explica si ocurrirá cualquier acción disciplinaria, entrenamiento adicional del miembro del personal u otra acción.

Si el querellante desea apelar la decisión, tiene 30 días después de la fecha de la carta o del LOF para hacerlo.

Una persona puede también presentar una queja directamente con: Departamento de Transporte de Texas, a la atención de: TxDOT-PTN, 125 E. 11th Street, Austin, TX 78701-2483, o Administración de Tránsito Federal, Oficina de Derechos Civiles, , East Building, 5th Floor-TCR, 1200 New Jersey Ave., SE Washington, DC, 20590 o Autoridad de Transporte Regional de Corpus Christi, 5658 Bear Lane, Corpus Christi, TX 78405, o envíe un correo electrónico a [jserna@ccrta.org](mailto:jserna@ccrta.org).

Si se necesita información en otro idioma, entonces llame al 361-883-8461 or (877) 988-1999.

**Section 6: Complaint Forms**

**Title VI Complaint Form**

The **Coastal Bend Center for Independent Living** Title VI Complaint Procedure is made available in the following locations: *(check all that apply)*

Hard copy in the central office

Available in appropriate languages for LEP populations, meeting the Safe Harbor Threshold.

<b>Section I:</b>				
Name:				
Address:				
Telephone (Home):			Telephone (Work):	
Email Address:				
Accessible Requirements?	Format	Large Print		Audio Tape
		TDD		Other
<b>Section II:</b>				
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
<b>Section III:</b>				
I believe the discrimination I experienced was based on (check all that apply): <input type="checkbox"/> Race <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> 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. If information is needed in another language, then contact Caitlin Mende at (361)-883-8461. Si se necesita informacion en otro idioma de contacto, Caitlin Mende a (361)-883-8461.				
<b>Section IV</b>				

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

**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:

Contact person:

Title:

Telephone number:

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

Signature and date required below

\_\_\_\_\_

Signature Date

If information is needed in another language then contact Caitlin Mende at (361)-883-8461.

Si se necesita informacion en otro idioma de contacto, Caitlin Mende at (361) -883-8461.

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

**Coastal Bend Center for Independent Living**  
**ATTN: Caitlin Mende**  
**3833 S. Staples St N110**  
**Corpus Christi, Texas 78411**

### Formulario de Queja del Título VI Procedimiento

de Quejas del Título VI del Distrito Regional de Tránsito del suroeste de la zona se pone a disposición en los siguientes lugares: (marque todo lo que corresponda)

X Sitio web de la Agencia

X copia dura en la oficina central

X disponible en los idiomas apropiados para las poblaciones LEP, reunidos en el umbral de seguridad.

Otros; \_\_\_\_\_

<b>Sección I:</b>			
Nombre:			
Dirección:			
Teléfono (casa):		Teléfono (Trabajo):	
Dirección de correo electrónico:			
Requisitos de formato accesible?	Impresión grande	Cinta de audio	
	TDD	Otro	
<b>Sección II:</b>			
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?	Sí*	No	
* Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.			
En caso contrario, sírvase indicar el nombre y la relación de la persona por la que se queja:			
Por favor, explique por qué ha presentado un tercero:			
Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si está presentando en nombre de un tercero. Si No			
<b>Sección III:</b>			
Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todos los que apliquen):			
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional			
Fecha de la supuesta discriminación (mes, día, año): _____			
Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que discriminó (si se conoce), así como nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, utilice la parte posterior de este formulario.			
_____			
_____			
<b>Sección IV</b>			
¿Ha presentado anteriormente una queja de Título VI con esta agencia?	Sí	No	

<b>Sección V</b>
¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal? [ ] Si no
En caso afirmativo, marque todas las que correspondan: [ ] Agencia Federal: [ ] Corte federal _ [ ] Agencia del estado [ ] Tribunal del Estado _ [ ] Agencia Local
Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.
<b>Nombre:</b>
<b>Título:</b>
<b>Agencia:</b>
<b>Dirección:</b>
<b>Teléfono:</b>
<b>Sección VI</b>
El nombre de la queja de la agencia está en contra:
Persona de contacto:
Título:
Número de teléfono:

Si este formulario es necesario en otro idioma, por favor comuníquese con al 361-883-8461  
 Usted puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.  
 Firma y fecha requerida abajo

\_\_\_\_\_

Fecha de firma

Por favor envíe este formulario en persona a la dirección abajo, o envíe este formulario por correo a:

ATTN: Caitlin Mende  
 Address: 3833 S. Staples St N110  
 Corpus Christi, Texas 78411