



Date Appeal Received	Complaint Number
----------------------	------------------

Servicio de Tránsito Rápido del Área de Dallas Formulario de Apelación del Título VI

La apelaciones a una decision final deben ser presentadas dentro de los diez (10) dias útiles luego de la recepción de la carta que contiene a la decision final.

I. INFORMACIÓN DEL DENUNCIANTE

Nombre	
Dirección	
Ciudad – Estado – Código Postal	
Teléfono () –	E-mail
¿Requerimientos de Formato Accesible ? <input type="checkbox"/> Letras Grandes <input type="checkbox"/> Dispositivos del Telecomunicaciones para personas sordas <input type="checkbox"/> Cinta de Audio <input type="checkbox"/> Otro	

II. INFORMACIÓN SOBRE LA PRINCIPAL / TERCERA PARTE INVOLUCRADA

¿Está llenando esta denuncia en su propia representación? <input type="checkbox"/> SÍ → Si responde “SÍ”, vaya a la Sección III. <input type="checkbox"/> NO → Si responde “NO” a la pregunta, responda las siguientes preguntas:
a. Por favor indique el nombre y su relación con la persona para la cual está apelando.
b. Por favor confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada, si está presentando la denuncia en representación de un tercero. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

III. RAZONES DE LA APELACIÓN

Creo que la Decisión Final tomada en este caso debe ser revisada, porque: <input type="checkbox"/> Por favor, explique debajo

IV. CONTACTOS ANTERIORES DEL DENUNCIANTE

<p>¿Ha presentado esta denuncia a otra agencia federal, estatal o local o ante alguna corte federal or estatal?</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Si “SÍ”, por favor marque todas las opciones que apliquen:</p> <p><input type="checkbox"/> Agencia Federal <input type="checkbox"/> Agenica Estatal <input type="checkbox"/> Agenica Local</p> <p><input type="checkbox"/> Corte Federal <input type="checkbox"/> Corte Estata</p>
<p>Por favor brinde información sobre una persona de contacto en la agencia o corte en la que hizo la denuncia.</p>
<p>Nombre:</p>
<p>Dirección:</p>
<p>Título:</p>
<p>Dirección</p>
<p>Ciudad – Estado – Código Postal</p>
<p>Teléfono () –</p>

Puede adjuntar cualquier material escrito u orta información que considere relevante a su denuncia.

Complainant’s Signature

Date

Por favor presente este formulaio en persona en la dirección indicada abajo o envíe este formulario por correo a:

Dallas Area Rapid Transit
ATTENTION: Deputy Executive Director
Office of Diversity
P.O. Box 660163
Dallas, TX 75266-7217