

# **AVISO**

## **SUS DERECHOS BAJO EL TÍTULO VI, LEY DE DERECHOS CIVILES DE 1964, SEGÚN SE ENMENDÓ**

Los servicios de transporte de Best Friend Express y Dial A Ride son provistos sin discriminación basada en su raza, color u origen nacional.

Para más información sobre sus derechos civiles bajo el Título VI o información sobre cómo presentar una queja por discriminación, comuníquese con:

Lower Savannah Council of Governments  
2748 Wagener Road  
Aiken, SC 29801  
(803) 649-7981

[www.bestfriendexpress.com](http://www.bestfriendexpress.com)

**La pagina 1 de 4**

**Lower Savannah Council of Governments**  
**Best Friend Express y Dial-A-Ride**  
**Proceso de presentación de queja del Título VI**

El Lower Savannah Council of Governments (Consejo de Gobierno del área sureña de Savannah, LSCOG) está autorizado y obligado a implementar un programa del Título VI, aprobado por la FTA (Administración Federal de Transporte), y proporcionar supervisión para el (los) contratista(s) seleccionado(s) para operar el servicio de ruta fija del Best Friend Express y del paratransito complementario Dial-A-Ride que cumple con la ADA (Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades), los cuales prestan sus servicios al área urbanizada del Condado de Aiken. LSCOG se esmera por asegurar que el nivel y la calidad del servicio de transporte provisto al público sea ofrecido sin discriminación de raza, color u origen nacional.

Si alguna persona cree que ha sido discriminado(a) debido a su raza, color u origen nacional por los operadores de Best Friend Express, Dial-A-Ride o por administradores del LSCOG, dicha persona podrá presentar una queja del Título VI lo antes posible, pero antes de que transcurran 180 días, comunicándose con LSCOG para llenar y enviar el formulario de la agencia denominado *Formulario de queja del Título VI*. LSCOG investiga las quejas recibidas dentro de diez (10) días hábiles. De ser necesario, se organizará una reunión entre todas las partes afectadas dentro de esos diez días hábiles. El reclamante recibirá una respuesta por escrito y el resultado de su queja dentro de los 15 días posteriores a la investigación.

***Para completar un Formulario de queja del Título VI, comuníquese con:***

Lower Savannah Council of Governments  
2748 Wagener Rd  
Aiken, SC 29801  
803-649-7981 (recepción)

Dana Luttrull, Administradora de subsidios y asuntos de conformidad  
803-508-7059 (línea directa)

O

Lynnda Bassham, Directora de servicios humanos  
803-508-7052 (línea directa)

O comuníquese con la Administración Federal de Transporte  
(Federal Transit Administration, FTA)  
Oficina de Derechos Civiles  
1200 New Jersey Ave. SE  
Washington, DC 20590

**Lower Savannah Council of Governments**  
**Formulario de presentación de queja del Título VI**

Este formulario deberá ser completado por cualquier persona que crea que ha sido víctima de discriminación debido a su raza, color u origen nacional mientras recibió servicios de transporte. Presente esta queja inmediatamente si es posible, pero antes de que transcurran 180 días, a:

*Lower Savannah Council of Governments (LSCOG)*  
*PO Box 850*  
*2748 Wagener Rd*  
*Aiken, SC 29802*  
*803-649-7981*

<b>Sección 1:</b>
Nombre:
Dirección:
Teléfono:
Correo electrónico:
¿Requiere formatos accesibles? Marque con un círculo:    Letras grandes    TDD    Otro:
<b>Sección 2:</b>
¿Está presentando esta queja por sí mismo(a)? Marque con un círculo:    Sí    NO
Si respondió "Sí", pase a la Sección 3
Si respondió "No", ingrese su nombre y su relación a la persona por quien está presentando la queja:
Explique el por qué está presentando la queja por parte de un tercero:
Confirme que ha obtenido el permiso de la parte afectada si está presentando la queja por parte de un tercero. Marque con un círculo:    Sí    NO
<b>Sección 3:</b>
Creo que la discriminación que ocurrió fue basada en: (Marque todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> La raza <input type="checkbox"/> El color <input type="checkbox"/> El origen nacional
Fecha de la presunta discriminación: (mes/día/año)
Identifique a la persona o agencia involucrada en la presunta discriminación:

**Sección 4:**

Explique lo más claro posible lo que ocurrió y la razón por la cual cree que fue discriminado(a). Incluya los nombres de las personas involucradas o de los testigos (si los sabe). De ser necesario, use una hoja de papel adicional.

**Sección 5:**

¿Ha presentado esta queja a alguna otra agencia federal, estatal o local o a algún tribunal?

Si respondió "Sí", identifique la agencia y proporcione la información de contacto de dicha agencia:

*Puede adjuntar cualquier material por escrito u otra información que crea que sea importante para su queja.*

X

**Firma arriba** (requerida)

**Fecha** (requerida)