

Notificar a la Ciudadanía de sus Derechos en Virtud del Título VI

Miami Lighthouse for the Blind and Visually Impaired, Inc. Tránsito Comunitario

- Miami Lighthouse for the Blind and Visually Impaired, Inc. maneja sus programas y servicios, sin importar la raza, color, origen nacional y de conformidad con lo dispuesto en el Título VI de la Ley de Derechos Civiles. Cualquier persona que entienda ha sido humillado(a) por cualquier práctica discriminatoria ilegal bajo el Título VI puede dirigir su denuncia con la oficina de transporte del Miami Lighthouse al 305-856-2288.
- Miami Lighthouse for the Blind and Visually Impaired Inc. se dedica a proporcionar servicios de transporte de calidad que sean seguros y accesibles. Nuestros servicios de transporte especializados son para adultos, adolescentes y niños a quienes les resulta difícil o imposible de organizar el transporte desde y hacia el Miami Lighthouse for the Blind para los servicios de rehabilitación visual. Sin este servicio, muchos clientes no serían capaces de participar en los servicios. No hay otra instalación en la zona que ofrece este nivel de servicio.
- Miami Lighthouse for the Blind and Visually Impaired, Inc. proporcionará, según su petición, información sobre el transporte y el programa en Creole o Braille.
- Para más información sobre los programas de Derechos Civiles de Transportación del Miami Lighthouse for the Blind and Visually Impaired, Inc., y los procedimientos para presentar una queja en Inglés o Español, llame al 305.856.2288, (TTY 711); correo electrónico CHernandez@miamilighthouse.org; o visite nuestra oficina al 601 SW 8th St, Miami, FL 33130.

Procedimiento Para Presentar Denuncia

Cualquier persona que cree que él o ella ha sido objeto de discriminación por motivos de raza, color u origen nacional por el Miami Lighthouse for the Blind and Visually Impaired, Inc. puede presentar su denuncia del Título VI, completando y enviando el Formulario de Denuncia Título VI de la agencia (consulte el Apéndice E). Miami Lighthouse for the Blind and Visually Impaired, Inc. investiga las denuncias recibidas no más de 180 días después del supuesto incidente. Miami Lighthouse for the Blind and Visually Impaired, Inc. procesará formularios de denuncias que estén completados.

Una vez recibida la denuncia, Miami Lighthouse for the Blind and Visually Impaired, Inc. la revisará para determinar si nuestra oficina tiene jurisdicción. El denunciante recibirá una carta de reconocimiento informándole a él / ella si la denuncia será investigada por nuestra oficina.

Miami Lighthouse for the Blind and Visually Impaired, Inc. tiene noventa (90) días para investigar la denuncia. Si se necesita más información para resolver el caso, Miami Lighthouse for the Blind and Visually Impaired, Inc. puede ponerse en contacto con el denunciante. El demandante tiene diez (10) días hábiles a partir de la fecha de la carta para enviar información solicitada al investigador asignado al caso. Si el investigador no está en contacto con el denunciante o no recibe la información adicional dentro de los diez (10) días hábiles, Miami Lighthouse for the Blind and Visually Impaired, Inc. puede cerrar el caso. Un caso también puede ser cerrado si el demandante ya no desea continuar su caso.

Después de que el investigador revisa la denuncia, él / ella emitirá una de dos cartas al demandante: una carta de cierre o una carta de resultados. Una carta cierre resume las acusaciones y afirma que no hubo una violación del Título VI y que el caso se cerrará. La carta de resultados resume los hechos denunciados y las entrevistas sobre el supuesto incidente, y explica si cualquier acción disciplinaria u otra acción ocurrirán. Si el demandante desea apelar la decisión, él / ella tiene siete (7) días para hacerlo desde el momento en que él / ella recibe la carta de cierre o la carta de resultados.

El procedimiento de denuncia se pondrá a disposición del público en la página web del Miami Lighthouse for the Blind and Visually Impaired, Inc. (www.miamilighthouse.org)

Miami Lighthouse Transporte

Título VI Formulario de Reclamación

Título VI Formulario de Reclamación			
Nombre:			
Dirección:			
Teléfono (Casa):		Teléfono (Empleo):	
Correo Electrónico:			
¿Requisitos Accesible?	Formato	Impresión Ampliada	Audio Digital
		TDD	Otro
Sección II:			
¿Radicara la denuncia en su propio nombre?		Si*	No
*Si su respuesta es "Si" de la pregunta anterior vaya a la Sección III			
Si la respuesta es "No", por favor suministrar el nombre y la relación de la persona a quien usted denuncia:			
Por favor explique por qué ha presentado denuncia por un tercero: _____			
Por favor confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si radicara en nombre de un tercero.		Si	No
Sección III:			
Creo que he sido discriminado(a) basado en (marque todas las que apliquen): <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Nacionalidad/Etnicidad <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Familia/Religión <input type="checkbox"/> Otro (Explique) _____			
Fecha de la supuesta discriminación (mes, día, año): _____			
Explicar claramente lo que pasó y por qué usted cree que fue discriminado(a). Describir a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluir el nombre e información de contacto de la persona que discriminó (si lo conoce) así como nombres e información de contacto de testigos. Si se necesita más espacio, utilice la parte de atrás de este formulario. _____ _____			
Sección IV			
¿Ha presentado una denuncia de título vi con esta agencia anteriormente?		Si	No
Sección V			
¿Ha presentado esta denuncia con cualquier otra agencia federal, estatal o local, o con cualquier tribunal federal o estatal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Si su respuesta es "SI", marque todas la que apliquen: <input type="checkbox"/> Agencia Federal: _____			

<input type="checkbox"/> Tribunal Federal _____	<input type="checkbox"/> Agencia Estatal _____
<input type="checkbox"/> Tribunal Esatatal _____	<input type="checkbox"/> Agencia Local _____
Indique el nombre de la persona a ser contactada en la Agencia/corte donde se presentó la denuncia.	
Nombre:	
Título:	
Agencia:	
Dirección:	
Teléfono:	
Sección VI	
Nombre de la agencia que esta denunciando:	
Contacto:	
Título:	
Teléfono:	

Usted puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su reclamación.

Firma y fecha requerido a continuación:

Firma

Fecha

Por favor, someter formulario en persona o a la dirección indicada a continuación:

Miami Lighthouse for the Blind and Visually Impaired, Inc.

601 SW 8th Ave

Miami, FL 33130

305-856-2288