



HELP ON THE WAY, INC.

Title VI & ADA Civil Rights Complaint Form

Formulario de Queja de Derechos Civiles del Título VI y ADA

Covering Title VI of the Civil Rights Act of 1964, the Americans with Disabilities Act (ADA) of 1990, Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, and the Age Discrimination Act of 1975 / Cubre el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990, la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Discriminación por Edad de 1975

Purpose of this form. If you believe you have been discriminated against by Help On The Way, Inc. (HOTW) on the basis of race, color, national origin, disability, or age, you may file a civil rights complaint by completing this form. You may also submit a written statement describing the discrimination. Complaints must be filed within 180 days of the alleged discrimination. HOTW will not retaliate against any person who files a complaint, participates in an investigation, or otherwise exercises their civil rights.

Propósito de este formulario. Si cree que ha sido discriminado por Help On The Way, Inc. (HOTW) por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad o edad, puede presentar una queja de derechos civiles completando este formulario. También puede enviar una declaración por escrito describiendo la discriminación. Las quejas deben presentarse dentro de los 180 días de la supuesta discriminación. HOTW no tomará represalias contra ninguna persona que presente una queja, participe en una investigación o de otro modo ejerza sus derechos civiles.

SECTION 1: Complainant Information / SECCIÓN 1: Información del Querellante

Name: _____

Nombre: _____

Address: _____

Dirección: _____

City / State / Zip: _____

Ciudad / Estado / Código Postal:

Phone (Home / Cell):

Teléfono (Casa / Celular):

Email Address: _____

Correo Electrónico:

Accessible Format Requirements / Requisitos de Formato Accesible:

Large Print

Letra Grande

Audio

Audio

Braille

Braille

Other (please describe): _____

Otro (por favor describa): _____

SECTION 2: Person Discriminated Against (if other than complainant) / SECCIÓN 2: Persona Discriminada (si es diferente del querellante)

Name: _____

Nombre: _____

Address: _____

Dirección: _____



HELP ON THE WAY, INC.

Phone: _____	Teléfono: _____
Relationship to Complainant: _____	Relación con el Querellante: _____

SECTION 3: Basis of Discrimination / SECCIÓN 3: Base de la Discriminación

I believe the discrimination was based on (check all that apply): / Creo que la discriminación se basó en (marque todas las que correspondan):

<input type="checkbox"/> Race (Title VI of the Civil Rights Act of 1964)	<input type="checkbox"/> Raza (Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964)
<input type="checkbox"/> Color (Title VI of the Civil Rights Act of 1964)	<input type="checkbox"/> Color (Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964)
<input type="checkbox"/> National Origin (Title VI)	<input type="checkbox"/> Origen Nacional (Título VI)
<input type="checkbox"/> Disability (ADA / Section 504 of the Rehabilitation Act)	<input type="checkbox"/> Discapacidad (ADA / Sección 504 de la Ley de Rehabilitación)
<input type="checkbox"/> Age (Age Discrimination Act of 1975)	<input type="checkbox"/> Edad (Ley de Discriminación por Edad de 1975)

SECTION 4: Date and Location of Alleged Discrimination / SECCIÓN 4: Fecha y Lugar de la Supuesta Discriminación

Date: _____	Fecha: _____
Location: _____	Lugar: _____
Vehicle Number (if applicable): _____	Número de Vehículo (si corresponde): _____

SECTION 5: Description of Discrimination / SECCIÓN 5: Descripción de la Discriminación

<i>Please describe what happened, who was involved, and how you believe you were discriminated against. Attach additional pages if needed.</i>	<i>Por favor describa qué sucedió, quién estuvo involucrado y cómo cree que fue discriminado. Adjunte páginas adicionales si es necesario.</i>
Description _____ _____ _____ _____	Descripción _____ _____ _____ _____



HELP ON THE WAY, INC.

<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>
SECTION 6: Witnesses / SECCIÓN 6: Testigos	
Witness 1 - Name: <hr/>	Testigo 1 - Nombre: <hr/>
Witness 1 - Contact: <hr/>	Testigo 1 - Contacto: <hr/>
Witness 2 - Name: <hr/>	Testigo 2 - Nombre: <hr/>
Witness 2 - Contact: <hr/>	Testigo 2 - Contacto: <hr/>
SECTION 7: Resolution Sought / SECCIÓN 7: Resolución Solicitada	
<i>What would you like Help On The Way to do to resolve this complaint?</i>	<i>¿Qué le gustaría que Help On The Way hiciera para resolver esta queja?</i>
Resolution <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	Resolución <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
SECTION 8: Signature and Certification / SECCIÓN 8: Firma y Certificación	
<i>I certify that to the best of my knowledge, the information provided in this complaint is true and accurate.</i>	<i>Certifico que, según mi leal saber y entender, la información proporcionada en esta queja es verdadera y precisa.</i>
Signature: _____	Firma: _____
Date: _____	Fecha: _____
Printed Name: _____	Nombre en Letra de Imprenta: _____



HELP ON THE WAY, INC.

**SECTION 9: Reasonable Modification Request
(Optional) / SECCIÓN 9: Solicitud de Modificación
Razonable (Opcional)**

Use this section ONLY if you are requesting a change to HOTW's policies or practices to use the service, rather than filing a discrimination complaint. Per 49 CFR Section 37.169, you do NOT need to use the term "reasonable modification"; just describe what you need to use HOTW's transportation services.

Use esta sección SOLAMENTE si está solicitando un cambio a las políticas o prácticas de HOTW para usar el servicio, en lugar de presentar una queja por discriminación. Según la Sección 37.169 de 49 CFR, NO necesita usar el término "modificación razonable"; solo describa lo que necesita para usar los servicios de transporte de HOTW.

Describe what you need

Describe lo que necesita

**How to Submit This Form / Cómo Enviar este
Formulario**

Send the completed form by any of these methods:

By mail: Title VI & ADA Coordinator, Help On The Way, Inc.,
1344 Southern Boulevard, Bronx, NY 10459

By email: complaint@hotwny.org

By phone: (718) 484-7810

In person: at the HOTW main office during business hours

Online: a bilingual online version is available at
www.hotwny.org

What happens next: HOTW will acknowledge your complaint in writing within 10 business days. A full investigation and written disposition will be provided within 60 calendar days. You also have the right to file a complaint with the New York State Department of Transportation Office of Diversity and Opportunity (<https://www.dot.ny.gov/main/business-center/civil-rights/title-vi-ej>) or with the Federal Transit Administration Office of Civil Rights, 1200 New Jersey Avenue SE, Washington, DC 20590.

Envíe el formulario completo por cualquiera de estos métodos:

Por correo postal: Coordinador del Título VI y ADA, Help On The Way, Inc., 1344 Southern Boulevard, Bronx, NY 10459

Por correo electrónico: complaint@hotwny.org

Por teléfono: (718) 484-7810

En persona: en la oficina principal de HOTW durante el horario de atención

En línea: hay una versión bilingüe en línea disponible en
www.hotwny.org

Qué sucede después: HOTW acusará recibo de su queja por escrito dentro de 10 días hábiles. Se proporcionará una investigación completa y disposición por escrito dentro de 60 días calendario. También tiene derecho a presentar una queja ante la Oficina de Diversidad y Oportunidad del Departamento de Transporte del Estado de Nueva York (<https://www.dot.ny.gov/main/business-center/civil-rights/title-vi-ej>) o ante la Oficina de Derechos Civiles de la Administración Federal de Tránsito, 1200 New Jersey Avenue SE, Washington, DC 20590.

Internal use note: Upon receipt, complaints alleging discrimination based on race, color, or national origin are logged in the Title VI Complaint Log. Complaints alleging discrimination based on disability are logged in the ADA Complaint Log. Both logs are maintained as separate, permanent records by the Title VI & ADA Coordinator.