

## Section 6: Title VI Complaint Form

The SPARTAN Transportation/South Plains Community Action Association, Inc. Title VI Complaint Procedure is made available in the following locations: *(check all that apply)*

- X Agency website: [www.spartanpublictransit.com](http://www.spartanpublictransit.com) or [www.spcaa.org](http://www.spcaa.org)
  - X Hard copy in the central office
  - X Available in appropriate languages for LEP populations, meeting the Safe Harbor Threshold.
- Other: \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                        |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------|------------|
| <b>Title VI Complaint Form</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                        |            |
| <b>Section I:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                        |            |
| Name:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                        |            |
| Address:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |                        |            |
| Telephone (primary):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             | Telephone (secondary): |            |
| Email Address:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                        |            |
| Accessible Format Requirements?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 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. |             |                        |            |
| <b>Section IV</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                        |            |

|                                                                                                                   |                                             |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----|
| Have you previously filed a Title VI complaint with this agency?                                                  | Yes                                         | No |
| <b>Section V</b>                                                                                                  |                                             |    |
| Have you filed this complaint with any other Federal, State, or local agency, or with any Federal or State court? |                                             |    |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No                                                          |                                             |    |
| If yes, check all that apply:                                                                                     |                                             |    |
| <input type="checkbox"/> Federal Agency: _____                                                                    |                                             |    |
| <input type="checkbox"/> Federal Court _____                                                                      | <input type="checkbox"/> State Agency _____ |    |
| <input type="checkbox"/> State Court _____                                                                        | <input type="checkbox"/> Local Agency _____ |    |
| Please provide contact information for the person at the agency/court where the complaint was filed.              |                                             |    |
| Name: _____                                                                                                       |                                             |    |
| Title: _____                                                                                                      |                                             |    |
| Agency: _____                                                                                                     |                                             |    |
| Address: _____                                                                                                    |                                             |    |
| Telephone: _____                                                                                                  |                                             |    |
| <b>Section VI</b>                                                                                                 |                                             |    |
| 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

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

**SPARTAN Transportation/South Plains Community Action Association, Inc.**  
**ATTN: Human Resources Department**  
**PO Box 610**  
**Levelland, TX 79336**

*If information is needed in another language, contact 1-800-462-8747*

*Si necesita información en otra idioma, contacta 1-800-462-8747*

|                                                                                                                                                                                            |              |                          |                |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|----------------|--|
| <b>Título VI: Formulario de Queja por Discriminación</b>                                                                                                                                   |              |                          |                |  |
| <b>Sección I:</b>                                                                                                                                                                          |              |                          |                |  |
| Nombre:                                                                                                                                                                                    |              |                          |                |  |
| Dirección:                                                                                                                                                                                 |              |                          |                |  |
| Número de teléfono en casa:                                                                                                                                                                |              | Otro número de teléfono: |                |  |
| Dirección de correo electrónico:                                                                                                                                                           |              |                          |                |  |
| ¿Requisitos de formato accesible?                                                                                                                                                          | Letra grande |                          | Cinta de audio |  |
|                                                                                                                                                                                            | TDD          |                          | Otro           |  |
| <b>Sección II:</b>                                                                                                                                                                         |              |                          |                |  |
| ¿Está presentando esta queja en su propio nombre?                                                                                                                                          |              | Sí*                      | No             |  |
| *Si respondió afirmativamente a esta pregunta pase a la Sección III.                                                                                                                       |              |                          |                |  |
| Si no, proporcione el nombre y la relación de la persona por la que se quejas:                                                                                                             |              |                          |                |  |
| Por favor explique por qué ha solicitado a un tercero:                                                                                                                                     |              |                          |                |  |
| Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si presenta la solicitud en nombre de un tercero:                                                                                |              | Sí                       | No             |  |
| <b>Sección III:</b>                                                                                                                                                                        |              |                          |                |  |
| ¿Cuál de las siguientes opciones describe mayor la razón que usted cree que la discriminación ocurrió?<br>Era porque:                                                                      |              |                          |                |  |
| <input type="checkbox"/> Raza o Origen Nacional <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Discapacidad                                                                       |              |                          |                |  |
| Fecha de la supuesta discriminación (mes, día, año) _____<br>(Debe ser dentro de los últimos 180 días.)                                                                                    |              |                          |                |  |
| En sus propias palabras, describe la supesta discriminación. Explique lo que ocurrió y quien considera que few responsable. Utilica más hojas o el dorso de esta página, si es nesesario.) |              |                          |                |  |
| <b>Sección IV</b>                                                                                                                                                                          |              |                          |                |  |
| ¿Ha presentado previamente una queja de Título VI con esta agencia?                                                                                                                        |              | Sí                       | No             |  |
| <b>Sección V</b>                                                                                                                                                                           |              |                          |                |  |
| ¿Ha presentado esta queja con cualquier otra agencia federal, estatal, o local, o con cualquier tribunal/corte federal o estatal?                                                          |              |                          |                |  |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                    |              |                          |                |  |
| So la respuesta es Sí, marque todas las que correspondan:                                                                                                                                  |              |                          |                |  |
| <input type="checkbox"/> Agencia federal: _____                                                                                                                                            |              |                          |                |  |

|                                                                                                                 |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> La corte federal: _____                                                                | <input type="checkbox"/> La agencia estatal: _____ |
| <input type="checkbox"/> Estado judicial _____                                                                  | <input type="checkbox"/> Una agencia local _____   |
| Proveer información sobre una persona de contacto en la otra agencia/tribunal corte donde se presente la queja. |                                                    |
| Nombre: _____                                                                                                   |                                                    |
| Título: _____                                                                                                   |                                                    |
| Agencia: _____                                                                                                  |                                                    |
| Dirección: _____                                                                                                |                                                    |
| Número telefónico: _____                                                                                        |                                                    |
| <b>Sección VI</b>                                                                                               |                                                    |
| Nombre de la agencia que presenta la queja: _____                                                               |                                                    |
| Persona de contacto: _____                                                                                      |                                                    |
| Título: _____                                                                                                   |                                                    |
| Número telefónico: _____                                                                                        |                                                    |

Por favor, firmar y fechar este formulario a continuación. Usted puede adjuntar cualquier material escrito otra información que considere relevante para su queja.

\_\_\_\_\_  
Firma de Querellante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Envíe este formulario en persona a la dirección que figura a continuación, o envíe esta formulario por correo a:

**SPARTAN Transportation/South Plains Community Action Association, Inc.**  
**ATTN: Human Resources Department**  
**411 Austin Street**  
**PO Box 610**  
**Levelland, TX 79336**

*If information is needed in another language, contact 1-800-462-8747*

*Si necesita información en otra idioma, contacta 1-800-462-8747*