



**OPA-LOCKA TRANSIT SYSTEM
TITLE VI NON-DISCRIMINATION PROGRAM
COMPLAINT OF DISCRIMINATION**

Complainant (s) Name, <i>Nombre(s) de(los) Reclamante(s),</i>	Complainant (s) Address, <i>Dirección de(los) Reclamante(s),</i>
Complainant (s) Phone Number, <i>Número de teléfono de(los) Reclamante (s),</i>	
Complainant's Representative's Name. Address. Phone Number and Relationship (e.g., friend. attorney. parent. etc). <i>Nombre del representante del Reclamante. dirección. teléfono y relación (por ejemplo, amigo, abogado. padres. etc.);</i>	
Name and Address of Agency. Institution. or Department Whom You Allege Discriminated Against You. <i>Nombre y Dirección de la agencia. institución o departamento que usted alega discriminó en su contra;</i>	



Names of the individual(s) Whom You Allege Discriminated Against You (if known); <i>Nombre(s) de(los) individuo(s) que usted alega discriminaron en su contra (si lo sabe);</i>		
I believe the discrimination I experienced was based on, (Check all that apply), <i>Creo que la discriminación que yo experimente fue basado en (marque todos los que apliquen),</i>	☐ Race <i>Raza</i> ☐ Color <i>Color</i> ☐ National Origin <i>Origen de Nacionalidad</i>	Date of Alleged Discrimination, <i>Fecha de la Supuesta discriminación,</i>

Please provide name(s) and phone number(s) of any person, if known, that Opa-locka Transit System could contact for additional information to support or clarify your allegation(s).

Por favor provea el(los) nombre(s) y teléfono(s) de cualquier persona, si conoce, que el Sistema de Transporte de Opa-locka podría contactar para obtener información adicional que corrobore sus alegaciones.

Please explain as clearly as possible: how, why, when, and where you believe you were discriminated against. Include as much background information as possible about the alleged acts of discrimination. Adicional Pages May be attached if needed.

Por favor explique lo más claramente posible: cómo, por qué, cuándo y dónde cree usted que fue discriminado. Incluya la mayor cantidad de información de segundo plano posible a cerca de los supuestos actos de discriminación. Puede agregar páginas adicionales si es necesario.

Complainant(s) or Complainant(s)Representatives Signature, <i>Firma de(los) Reclamante(s) o de los representantes de (los) Reclamante(s),</i>	Date of Signature, <i>Fecha de la Firma,</i>
---	--



Mail to/Enviar por correo a:

Attn: Owen Carney
Opa-locka Transit System
Public Works Department
12950 NW 42nd Avenue
Opa-locka, FL 33054

The form can also be sent via email to Ocarney@opalocokall.gov

Este formulario también se puede enviar por correo electrónico a ocarney@opalockafl.gov

A complaint must be filed no later than thirty (30) days after the date of the alleged discrimination.

La queja deberá ser reportada dentro de los treinta (30) días siguientes al incidente de la alegada discriminación.