

## **Title VI Complaint Procedure**

Any person who believes he or she has been discriminated against on the basis of race, color, or national origin by Bacharach Institute for Rehabilitation may file a Title VI complaint by completing and submitting Bacharach's Title VI complaint form.

Complaints may be submitted until 180 days after the alleged incident.

Once the complaint is received, Bacharach will review it to determine if we have jurisdiction, and we will notify the person submitting the complaint whether it will be investigated.

Bacharach has ten days to investigate the complaint, and may contact the person filing the complaint for additional information. After review, if it is determined that there was in fact a violation, the person making the complaint will be notified of the type of action to be taken, such as disciplinary action, additional training, etc.

The person making the complaint may also file a complaint directly with the Federal Transit Administration at

FTA Office of Civil Rights  
1200 New Jersey Avenue, SE  
Washington, DC 20590

## **Título VI Procedimiento de quejas**

Cualquier persona que cree que ha sido discriminada en base a raza, color u origen nacional por Bacharach Institute for Rehabilitation puede presentar una queja de Título VI completando y presentando el formulario de queja de Título VI de Bacharach.

Las quejas pueden presentarse hasta 180 días después del presunto incidente.

Una vez que se recibe la queja, Bacharach la revisará para determinar si tenemos jurisdicción, y notificaremos a la persona que presenta la queja si será investigada.

Bacharach tiene diez días para investigar la queja, y puede contactar a la persona que presenta la queja para obtener información adicional. Después de la revisión, si se determina que hubo una infracción, se notificará a la persona que presenta la queja del tipo de acción a tomar, como acción disciplinaria, entrenamiento adicional, etc.

La persona que presenta la queja puede además presentar una queja directamente a la Administración Federal de Tránsito en

FTA Office of Civil Rights  
1200 New Jersey Avenue, SE  
Washington, DC 20590

Title VI

Complaint Form

Date \_\_\_\_\_

Note: The following information is needed to assist in processing your complaint.

A. Complainant's information:

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City/State/Zip Code: \_\_\_\_\_

Telephone Number (Home): \_\_\_\_\_

Telephone Number (Work): \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_

Accessible Format Requirements? (Select One or More)

- Large Print
- TDD
- Audio Tape
- Other

B. Person discriminated against (if someone other than complainant):

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City/State/Zip Code: \_\_\_\_\_

Telephone Number (Home): \_\_\_\_\_

Telephone Number (Work): \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_

Relationship to 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

C. Which of the following best describes the reason you believe the discrimination took place?

\_\_\_\_\_ Race

\_\_\_\_\_ Color

\_\_\_\_\_ National Origin

Other:

---

---

D. On what date(s) did the alleged discrimination take place?

Date: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



State Agency \_\_\_\_\_

State Court \_\_\_\_\_

Local Agency \_\_\_\_\_

If you have checked above, please provide information about a contact person at the agency/court where the complaint was filed.

Name: \_\_\_\_\_

Title: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City/State/Zip Code: \_\_\_\_\_

Telephone Number (Home): \_\_\_\_\_

Telephone Number (Work): \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_

G. Please sign below. You may attach any written materials or other information that you think is relevant to your complaint.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Attachments: Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

H. Submit form and any additional information to:

Beth Hoffman, VP Clinical Services

Bacharach Institute for Rehabilitation

61 West Jimmie Leeds Road Pomona NJ 08240

## Título VI Formulario de queja

Nota: la siguiente información es necesaria para asistir en el procesamiento de su queja.

### A. Información del denunciante:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono (Hogar): \_\_\_\_\_

Número de teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

¿Requisitos de formato accesible? (Seleccione uno o más)

- Letra grande
- TDD
- Grabación
- Otro

### B. Persona discriminada (si es diferente al denunciante):

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono (Hogar): \_\_\_\_\_

Número de teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Relación con la persona por la que se presenta una queja: \_\_\_\_\_

Por favor explique por qué presenta una queja por un tercero: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Por favor confirme que usted ha obtenido permiso de la parte agraviada si está presentando la queja en nombre de un tercero.

- Sí
- No

C. ¿Cuál de los siguientes describe mejor la razón por la que usted cree se discriminó?

\_\_\_\_\_ Raza      \_\_\_\_\_ Color      \_\_\_\_\_ Origen nacional

Otra:

---

---

D. ¿En qué fecha(s) se realizó la presunta discriminación?

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



Si marcó arriba, por favor brinde información sobre la persona de contacto en la agencia/corte donde presentó su queja.

Nombre: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono (Hogar): \_\_\_\_\_

Número de teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

G. Por favor firme abajo. Usted puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que piense que es relevante a su queja.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Adjunto: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

H. Presente el formulario y cualquier información adicional a:

Beth Hoffman, VP Clinical Services

Bacharach Institute for Rehabilitation

61 West Jimmie Leeds Road Pomona NJ 08240