



*Queen  
Anne's  
County*

## DEPARTMENT OF COMMUNITY SERVICES

104 Powell St  
Centreville, MD 21617

Telephone: (410) 758-0848  
Fax: (410) 758-4489  
TDD: (410) 758-2126  
e-mail: [aging@qac.org](mailto:aging@qac.org)

*Director: Catherine R. Willis, LMSW*

### Formulario de apelaciones sobre derechos civiles

Queen Anne's County Department of Community Services County Ride (County Ride) tiene el compromiso de brindar un servicio no discriminatorio para asegurar que ninguna persona quede excluida y todos puedan participar, no se le niegue a nadie los beneficios ni nadie sea víctima de discriminación al recibir sus servicios. Si usted ha presentado una queja por una supuesta violación de la Ley sobre estadounidenses con discapacidades, el Título VI de la Ley sobre derechos civiles de 1964 u otras acciones relacionadas con sus derechos civiles, y no está satisfecho con el resultado de la investigación de su queja, con este formulario iniciará el proceso para apelar la decisión. Debe presentar este formulario dentro de los 30 días calendario después de haber recibido una respuesta de County Ride sobre la conclusión de la investigación. Una vez completado, envíe el formulario a:

**QAC County Ride  
312 Safety Dr  
Centreville, MD 21617**

Si desea enviar una queja sobre sus derechos civiles en otro formato, comuníquese con Cherissa Alldredge, encargada del cumplimiento County Ride, at 410-758-2357.

#### Tipo de derechos civiles objeto de la queja:

- |                                       |                                    |   |
|---------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Raza            | <input type="radio"/> Discapacidad | <input type="radio"/> Edad                |
| <input type="radio"/> Color           | <input type="radio"/> Sexo         | <input type="radio"/> Orientación sexual  |
| <input type="radio"/> Origen nacional | <input type="radio"/> Religión     | <input type="radio"/> Identidad de género |

*\*Nota: si su apelación no se refiere a la discriminación por alguno de los puntos mencionados anteriormente, comuníquese con el Servicio de atención County Ride 410-758-2357.*

¿Presenta esta apelación en su propio nombre?  Sí  No

Si la respuesta es "no", ¿por qué la presenta para un tercero? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su relación con la persona para la cual presenta la apelación? \_\_\_\_\_

Confirme si está autorizado a presentar una apelación en nombre de un tercero.  Sí  No

#### Proceso de apelaciones

¿Ha presentado esta queja ante alguna otra organización?  Sí  No

Si la respuesta es "sí", ¿ante qué organización presentó esta queja? \_\_\_\_\_

## Detalles de la reclamación original

¿En qué fecha recibió la respuesta de County Ride a su queja? \_\_\_\_\_

Número de ruta: \_\_\_\_\_ Parada donde subió: \_\_\_\_\_

Número de informe de comentarios de clientes (si lo conoce): \_\_\_\_\_

Por favor, describa brevemente la reclamación. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ¿Por qué está apelando esta decisión?

Describa la respuesta de County Ride a su queja y por qué está apelando la decisión. Si recibió una respuesta de County Ride por escrito, por favor adjunte una copia de la respuesta.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Sus datos de contacto

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*He leído la declaración anterior, y afirmo que es cierta a mi leal saber y entender.*

\_\_\_\_\_

Fecha del acontecimiento: \_\_\_\_\_ Hora del acontecimiento: \_\_\_\_\_