



## MUNICIPIO AUTÓNOMO DE PONCE

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

### **Título VI - Proceso de Reclamación**

Esta sección describe los procedimientos de reclamación del Título VI del Municipio Autónomo de Ponce relacionados con los Servicios de Transporte Público llamados SITRAS. Sin embargo, no niega al reclamante el derecho de presentar una queja formal ante la Oficina de Derechos Civiles de la Administración Federal de Tránsito o de buscar un abogado privado para atender las quejas de la alegada discriminación.

#### PROCESO DE RECLAMACIÓN

- Cualquier persona que crea haber sido objeto de discriminación como está prohibido por el Título VI puede por sí mismo o por un representante presentar una queja por escrito ante el Municipio Autónomo de Ponce, póngase en contacto con la Sr. Javier Ruiz Fortuño, 787-813-5111; email: [Javier.Ruiz@ponce.pr.gov](mailto:Javier.Ruiz@ponce.pr.gov); o visite nuestra oficina administrativa en Parque Urbano y Terminal Dora Colón Clavell Ponce PR 00717. Para obtener más información, visite [www.Sitrasmap.com](http://www.Sitrasmap.com) y/o [Facebook: Sitras Poncey/o Instagram: Sitrasmap](#)
- Las quejas deben presentarse dentro de los 180 días calendario del último presunto incidente.
- La queja se introducirá en el Registro de Quejas del Título VI y se le dará un número de referencia con la siguiente información:
  1. Nombre.
  2. Dirección.
  3. Número Telefónico.
  4. Día y Hora que la queja fue recibida.
  5. Breve descripción de la queja.



# MUNICIPIO AUTÓNOMO DE PONCE

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

## FORMA DEL PROGRAMA DE RECLAMACIÓN

Sistema Público de Transportación SITRAS

Municipio Autónomo de Ponce

El Programa Título VI prohíbe la discriminación en base a la protección del estado o relación en cualquier programa que reciba asistencia financiera federal.

Fecha Reportada: \_\_\_\_\_ Recibido Por: \_\_\_\_\_

Nombre (Letra de Molde): \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_

Requisitos de formato accesible

\_\_\_\_ Impresión Grande    \_\_\_\_ Grabación de Audio    \_\_\_\_ TDD    \_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

1. Indique la protección del estado que usted cree que fue la base de la discriminación:

\_\_\_\_ Raza                      \_\_\_\_ Color                      \_\_\_\_ Nacionalidad de Origen

2. Explique por qué cree que se ha producido discriminación. Proporcione las fechas, la ubicación y la hora de discriminación. Si hay testigos, proporcione nombres, direcciones y números de teléfono. Utilice la parte posterior de este formulario u hojas adicionales según sea necesario.

---

3. Indique la(s) persona(s) que usted cree responsable de la discriminación:

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

Lugar de Trabajo o Rutas: \_\_\_\_\_

4. ¿Qué remedio está solicitando? Favor de ser específico.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha