

Vocational Improvement Program, Inc.
Title VI Complaint Form

COMPLAINT FORM

Section I: Please write legibly		
1. Name:		
2. Address:		
3. Telephone:		3.a. Secondary Phone (<i>Optional</i>):
4. Email Address:		
5. Accessible Format Requirements?	☐ Large Print	☐ Audio Tape
	☐ TDD	☐ Other
Section II:		
6. Are you filing this complaint on your own behalf?		YES* NO
*If you answered "yes" to #6, go to Section III.		
7. If you answered "no" to #6, what is the name of the person for whom you are filing this complaint? Name:		
8. What is your relationship with this individual:		
9. Please explain why you have filed for a third party:		
10. Please confirm that you have obtained permission of the aggrieved party to file on their behalf.		YES NO
Section III:		
11. I believe the discrimination I experienced was based on (<i>check all that apply</i>):		
☐ Race ☐ Color ☐ National Origin		
12. Date of alleged discrimination: (<i>mm/dd/yyyy</i>)		
13. 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 attach additional sheets of paper.		

Vocational Improvement Program, Inc.
Title VI Complaint Form, Page 2

COMPLAINT FORM

Section IV:		
14. Have you previously filed a Title VI complaint with Vocational Improvement Program, Inc.?	YES	NO
Section V:		
15. Have you filed this complaint with any other Federal, State, or local agency, or with any Federal or State court? [] YES [] NO If yes, check all that apply: [] Federal Agency _____ [] State Agency _____ [] Federal Court _____ [] Local Agency _____ [] State Court _____		
16. If you answered "yes" to #15, provide information about a contact person at the agency/court where the complaint was filed.		
Name:		
Title:		
Agency:		
Address:		
Telephone:		Email Address:
Section VI:		
Name of Transit Agency complaint is against:		
Contact Person:		
Telephone:		

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

Signature and date are required below to complete form:

Signature _____ Date _____

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

Vocational Improvement Program, Inc.
Title VI Coordinator: Director of Employee and Safety Operations
9210 Rochester Ave
Rancho Cucamonga, CA 91730
patriciar@vipsolutions.com

Updated: 2024
Appendix A

Vocational Improvement Program, Inc.
Titulo VI Formulario de Queja

FORMULARIO DE RECLAMACION

Seccion I: Escriba legiblemente		
1. Nombre:		
2. Direccion:		
3. Telefono:	3.a. Telefono Secundario:	
4. Direccion de Correo Electronico:		
5. Requisitos de formato accesible?	☐ Letra Grande	☐ Cinta de Audio
	☐ TDD	☐ Otro
Seccion II:		
6. Usted esta presentando esta queja en su nombre?	SI*	NO
*Si usted contesto si a #6, ir a la seccion III.		
7. Si usted contesto no a #6, cual es el nombre de la persona? Nombre:		
8. Cual es su relacion con esta persona que esta presentando esta queja:		
9. Por favor explique porque ha presentado por un tercero:		
10. Por Favor confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada al archivo en su nombre.	SI	NO
Seccion III:		
11. Creo que he experimentado la discriminacion que he experimentado fue basado en (marque todas las que apliquen): ☐ Carrera ☐ Color ☐ Nacionalidad		
12. Fecha de la supuesta discriminacion: (mm/dd/yyyy)		
13. Explique tan claramente como posiblemente lo que paso y por que cree que se discrimino contra. Describa todo el personal quienes se implicaron. Incluya el nombre y la informacion de contacto de implicados.		

Vocational Improvement Program, Inc.
Titulo VI Formulario de Queja, Pagina 2

FORMULARIO DE RECLAMACION

Seccion IV:		
14. Anteriormente ha presentado una queja de titulo VI con Vocational Improvment Program, Inc.?	SI	NO
Seccion V:		
15. Ha presentado esat queja con cualquier otra agencia federal, estatal or local con caulquer tribunal Federal or estatal? [] SI [] NO Si la respuesta es si, marque todo lo que apligue: [] Agencia Federal _____ [] Agencia Estado _____ [] Tribunal Federal _____ [] Agencia Local _____ [] Tribunal Estado _____		
16. Si usted contesto si a #15, proporcionan informacion sobre una persona de contacto en la corte de agencia donde se presento la queja.		
Nombre:		
Titulo:		
Agencia:		
Direccion:		
Telefono:		Direccion de Correo Electronico:
Seccion VI:		
Nombre de denuncia de la agencia de transito es contra:		
Persona de Contacto:		
Telefono:		

Puede atar cualquier material escrito u otra informacion que piensa es relevante para su queja.

Firma y fecha son necesarios para completar la forma:

Firma _____ Datil _____

Por Favor envie este formulario en persona o por correo este formulario a la siguiente direccion.

Vocational Improvement Program, Inc.

Coordinador del titulo VI: Director de Operaciones de Seguridad y Empleados

9210 Rochester Ave.

Rancho Cucamonga, CA 91730

patriciar@vipsolutions.com

Actualizar: 2024

Appendix A