



## **4.0 Title VI Procedures and Compliance**

### **4.1 Complaint Procedure**

Any person who believes he or she has been discriminated against on the basis of race, color or national origin by Jewish Community Services may file a Title VI complaint by completing and submitting the agency's Title VI Complaint Form (refer to Appendix E). JCS investigates complaints received no more than 180 days after the alleged incident. Jewish Community Services will process complaints that are complete. Once the complaint is received, JCS will review it to determine if our agency has jurisdiction. The complainant will receive an acknowledgment letter informing him/her whether the complaint will be investigated by the JCS HR Director.

JCS has ninety (90) days to investigate the complaint. If more information is needed to resolve the case, JCS may contact the complainant. The complainant has ten (10) business days from the date of the letter to send requested information to the investigator assigned to the case. If the investigator is not contacted by the complainant or does not receive the additional information within ten (10) business days, JCS can administratively close the case. A case can also be administratively closed if the complainant no longer wishes to pursue their case.

After the investigator reviews the complaint, she/he will issue one of two letters to the complainant: a closure letter or a letter of finding (LOF). A closure letter summarizes the allegations and states that there was no Title VI violation and that the case will be closed. A LOF summarizes the allegations and the interviews regarding the alleged incident and explains whether any disciplinary action, additional training of the staff member or other action will occur. If the complainant wishes to appeal the decision, she/he has seven (7) days to do so from the time he/she receives the closure letter or the LOF.

The complaint procedure will be made available to the public via JCS' website in English, Spanish, and Creole at <https://jcsfl.org/programs/senior-ride-transportation/>

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

State of Florida Department of Transportation		275-010-10
<b>Title VI / Nondiscrimination Program</b>		EQUAL OPPORTUNITY OFFICE
<b>Complaint of Discrimination</b>		03-07
Complainant(s) Name:	Complainant(s) Address:	
Complainant(s) Phone Number:		
Complainant's Representative's Name, Address, Phone Number and Relationship (e.g. friend, attorney, parent, etc):		
Name and Address of Agency, Institution, or Department Whom You Allege Discriminated Against You:		
Names of the Individual(s) Whom You Allege Discriminated Against You (If Known):		
Discrimination Because Of:	<input type="checkbox"/> Race <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> National Origin <input type="checkbox"/> Sex <input type="checkbox"/> Age <input type="checkbox"/> Handicap/Disability <input type="checkbox"/> Income Status <input type="checkbox"/> Retaliation <input type="checkbox"/> Other	Date of Alleged Discrimination:
Please list the name(s) and phone number(s) of any person, if known, that the Florida Department of Transportation could contact for additional information to support or clarify your allegation(s).		
Please explain as clearly as possible <b>how</b> , <b>why</b> , <b>when</b> and <b>where</b> you believe you were discriminated against. Include as much background information as possible about the alleged acts of discrimination. Additional pages may be attached if needed.		
Complainant(s) or Complainant(s) Representatives Signature:	Date of Signature:	

HR Director, 12000 Biscayne Blvd, Suite 303, North Miami, FL 33181



## **Sección 4.0 del Título VI.**

### **Procedimiento de Quejas 4.1**

Cualquier persona que crea que ha sido discriminada por motivos de raza, color u origen nacional por parte de los Servicios Comunitarios Judíos puede presentar una queja bajo el Título VI completando y enviando el Formulario de Queja del Título VI de la agencia (consulte el Apéndice E). JCS investigará las quejas recibidas en un plazo no superior a 180 días después del presunto incidente. Los Servicios Comunitarios Judíos procesarán las quejas que estén completas. Una vez recibida la queja, JCS la revisará para determinar si nuestra agencia tiene jurisdicción. El denunciante recibirá una carta de acuse de recibo informándole si la queja será investigada por el Director de Recursos Humanos de JCS.

JCS tiene noventa (90) días para investigar la queja. Si se necesita más información para resolver el caso, JCS puede ponerse en contacto con el denunciante. El denunciante tiene diez (10) días hábiles a partir de la fecha de la carta para enviar la información solicitada al investigador asignado al caso. Si el investigador no es contactado por el denunciante o no recibe la información adicional dentro de los diez (10) días hábiles, JCS puede cerrar administrativamente el caso. Un caso también puede cerrarse administrativamente si el denunciante ya no desea seguir adelante con su caso.

Después de que el investigador revisa la queja, emitirá una de dos cartas al denunciante: una carta de cierre o una carta de hallazgo (LOF). Una carta de cierre resume las acusaciones y establece que no hubo violación del Título VI y que el caso se cerrará. Una LOF resume las acusaciones y las entrevistas sobre el presunto incidente y explica si se tomará alguna medida disciplinaria, capacitación adicional del miembro del personal u otra acción. Si el denunciante desea apelar la decisión, tiene siete (7) días para hacerlo desde el momento en que recibe la carta de cierre o la LOF.

El procedimiento de queja está disponible para el público a través del sitio web de JCS en inglés, español y creole en <https://jcsfl.org/programs/senior-ride-transportation/>.

Entregue este formulario en persona a la dirección que figura a continuación, o envíe este formulario por correo a:

State of Florida Department of Transportation			275-010-10S
Title VI / Programa Antidiscriminatorio			EQUAL OPPORTUNITY OFFICE
Querrela de Discriminación			04/11
Nombre del querellante:		Dirección:	
Número de teléfono:			
Nombre, dirección, teléfono y relación (ej. amigo, abogado, pariente, etc.) del Representante del querellante:			
Nombre y dirección de la Agencia, Institución, o Departamento que usted alega discrimino en su contra:			
Nombre(s) del Individuo(s) Quien(es) Usted Alega Discrimino (naron) Contra Usted Si lo(s) Conoce:			
Razón de la discriminación:	<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Origen Nacional
	<input type="checkbox"/> Sexo	<input type="checkbox"/> Edad	<input type="checkbox"/> Incapacidad/Impedimento Físico
	<input type="checkbox"/> Status de Ingreso	<input type="checkbox"/> Represalia	<input type="checkbox"/> Otro
Fecha de la alegada discriminación.			
Favor de indicar el nombre (s) y número(s) de teléfono(s) de alguna persona(s) que el Departamento de Transporte puede comunicarse para información adicional que clarifique o respalde su alegación o alegaciones.			
Favor de explicar tan claro como sea posible, <b>como, porque, cuando y donde</b> usted cree que fue discriminado. Incluya suficiente información acerca de los antecedentes según le sea posible, de los alegados actos de discrimen. Puede añadir paginas adicionales, si es necesario.			
Firma del Querellante(s) o su Representante:			Fecha:

Director de Recursos Humanos, 12000 Biscayne Blvd, Suite 303, North Miami, FL 33181

## **Tit VI Pwosedì ak Konfòmite**

### **4.1 Pwosedì pou plent**

Nenpòt moun ki kwè yo te fè diskriminasyon kont li sou baz ras, koulè oswa orijin nasyonal pa sèvis kominotè jwif yo ka depoze yon rapow avek Tit VI lè yo ranpli epi depoze fom rapow Tit VI ajans lan (al gade nan Anèks E). JCS mennen ankèt sou rapow yo resevwa pa plis pase 180 jou apre swadizan ensidan an. Sèvis kominotè jwif yo pral trete plent ki konplè. Yon fwa yo resevwa rapow an, JCS pral revize li pou detèmine si ajans nou an gen jiridiksyon. Moun ki pote rapowan pral resevwa yon lèt ki fè l konnen si Direktè JCS HR la pral envestige rapow an.

JCS gen katrevendis (90) jou pou mennen ankèt sou rapow a. Si yo bezwen plis enfòmasyon pou rezoud ka a, JCS ka kontakte moun ki pote rapow an. Moun kap plenyen gen dis (10) jou ouvrab apati dat lèt la pou l voye enfòmasyon yo mande yo bay envestigatè ki plase nan ka a. Si moun k ap plenyen an pa kontakte envestigatè a oswa si li pa resevwa plis enfòmasyon a nan dis (10) jou ouvrab, JCS kapab fèmen ka a nan fason administratif. Yon ka ka fèmen administrativman tou si moun ki pote rapow an pa vle pouswiv ka ankò.

Apre envestigatè a revize rapow an, li pral bay moun ki pote rapow an youn nan de lèt: yon lèt fèmen oswa yon lèt pou jwenn konklizyon (LOF). Yon lèt fèmen rezime akizasyon yo epi li di ke pa te gen okenn vyolasyon Tit VI e ke ka a pral fèmen. Yon LOF rezime akizasyon yo ak entèvyou yo konsènan swadizan ensidan an epi eksplike si nenpòt aksyon disiplinè, fòmasyon adisyonèl nan anplwaye a oswa lòt aksyon pral fèt. Si moun ki pote rapow an vle fè apèl kont desizyon an, li gen sèt (7) jou pou fè sa apati lè li resevwa lèt fèmen oswa LOF la.

Pwosedì pou plent la ap disponib pou piblik la atravè sitwèb JCS an angle, panyòl ak kreyòl ayisyen nan <https://icsfl.org/programs/senior-ride-transportation/>.

**Tanpri ale pote fòm lan an pèsòn nan adrès ki anba a, oswa poste fòm lan bay:**

Florida Department of Transportation <b>Title VI Lwa: Plent Kont Diskriminasyon</b>		275-010-10H Equal Opportunity Office 09/11
Non Moun Ki Pote Plent La:	Adrès Moun Ki Pote Plent La:	
Nimewo Telefòn Moun Ki Pote Plent La:		
Non, Adrès, Nimewo telefòn Reprizantan Moun Ki Pote Plent la ak Lien (setadi: zanmi, Avoka, Paran..etc):		
Non ak Adrès Ajans, Institisyon, ou Depatman ou Kwè ki fè Diskriminasyon Kont ou:		
Non Mounou Kwè Ki Diskriminen Kont ou (Si-w Konnen yo):		
Rezon Diskriminasyon an	<input type="checkbox"/> Ras ou <input type="checkbox"/> Seks ou: <input type="checkbox"/> Stati Revni-w	<input type="checkbox"/> Koule-w <input type="checkbox"/> Laj ou <input type="checkbox"/> revanj <input type="checkbox"/> Origin nasyonal <input type="checkbox"/> Andikap/dezabilite <input type="checkbox"/> Lòt ankò:
Dat Diskriminasyon an te fèt:		
Silvouplè, bay non ak nimewo telefòn ninpòt moun ke Depatmant Transpòtasyon Florida kap kontakte pou plis infòmasyon pou sipòte ou klarifye plènt ou (a)/plent ou yo:		
Silvouplè, eksplike klèman kijan, poukisa , ki lè, ak ki kote ou kwè ke diskriminasyon te fèt kont ou. Bay tout infòmasyon konplèt de tout aksyon diskriminasyon sa yo. Ajoute paj anplis si nesesè:		
Siyati Moun Ki Pote Plent La ou Reprizantan Li:	Dat Siyati:	