|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre** |  |
| **Dirección** |  |
| **Teléfono** |  |
| **Dirección de correo electrónico** |  |

Como denunciante, entiendo que me protege el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y sus modificaciones (Título VI), la Ley relativa a los Estadounidenses con Discapacidad de 1990 (ADA), y todas las leyes y normas aplicables que prohíben la intimidación o las represalias por tomar una medida o participar en una medida destinada a garantizar los derechos protegidos por las políticas de cumplimiento con las normas de no discriminación impuestas por NYC Ferry. Además, entiendo que en el transcurso de una investigación llevada a cabo con arreglo al Título VI o a la ADA puede ser necesario que NYC Ferry operado por Hornblower y/o New York City Economic Development Corporation (NYCEDC) revele a diversos organismos o personas mi identidad y algunos datos recopilados como parte de la investigación de la denuncia.

# Consentimiento para que se divulgue información personal

SÍ, AUTORIZO A NYC FERRY OPERADO POR HORNBLOWER Y NYCEDC A DIVULGAR MI IDENTIDAD SI ES NECESARIO PARA INVESTIGAR MI DENUNCIA.

He leído y comprendido la información anterior y autorizo a NYC Ferry operado por Hornblower y NYCEDC a revelar mi identidad a las personas que sean necesarias durante el transcurso de la investigación con el fin de verificar información o recopilar datos y pruebas pertinentes para la investigación de mi denuncia. Autorizo a NYC Ferry operado por Hornblower y NYCEDC a recibir, revisar y analizar materiales e información sobre mí que sean pertinentes para la investigación de mi denuncia.

Entiendo que no tengo la obligación de autorizar esta divulgación y lo hago de forma voluntaria.

Firma Fecha

NO, NO AUTORIZO A NYC FERRY OPERADO POR HORNBLOWER Y NYCEDC A DIVULGAR MI IDENTIDAD, NI SIQUIERA SI ESTO FUERA NECESARIO PARA PROCESAR MI DENUNCIA.

He leído y comprendido la información anterior y no deseo que NYC Ferry operado por Hornblower o NYCEDC revele mi identidad a ninguna persona durante el transcurso de la investigación. Entiendo que esta elección podría retrasar la investigación de mi denuncia y que, en algunas circunstancias, puede llevar al cierre administrativo de la investigación de mi denuncia ante NYC Ferry.

Firma Fecha

NYC Ferry tiene la firme determinación de brindar un servicio no discriminatorio y de garantizar que ninguna persona sea excluida de participar en sus servicios, que no se le nieguen los beneficios de ellos y que no sea objeto de discriminación al recibirlos por motivos de discapacidad (según la protección que brinda la Ley relativa a los Estadounidenses con Discapacidad de 1990 (ADA)) ni por ninguna otra categoría protegida por la ley federal, estatal o municipal. Si cree que le han discriminado, complete, firme y feche el presente formulario de denuncia con arreglo a la ADA y el formulario de consentimiento/autorización, y envíelos por correo tradicional o correo electrónico como se indica a continuación. Si usted o alguien que conoce necesita ayuda para completar este formulario o desea información adicional sobre las políticas de no discriminación de NYC Ferry, comuníquese con el centro de contacto de NYC Ferry al (844) 469-3377 o a help@ferry.nyc.

Una vez que lo haya completado, envíe una copia firmada y fechada del presente formulario de denuncia con arreglo a la ADA y del formulario de consentimiento/autorización a:

|  |  |
| --- | --- |
| **Por correo tradicional:**  **NYC Ferry**  **Attn: Hornblower, 5th Floor**  **110 Wall Street**  **New York, NY 10005** | **Por correo electrónico:**  [**help@ferry.nyc**](mailto:help@ferry.nyc) |

Para proteger sus derechos, la denuncia debe presentarse dentro de un plazo de 180 días a partir de la fecha de la presunta discriminación. No presentar la denuncia dentro de ese plazo puede llevar a que ella se desestime.

Además de su derecho a presentar una denuncia ante NYC Ferry, tiene derecho a presentar una denuncia con arreglo a la ADA ante la Administración Federal de Tránsito en la siguiente dirección: Federal Transit Administration, Office of Civil Rights, Attention: Complaint Team, East Building, 5th Floor – TCR, 1200 New Jersey Avenue SE, Washington, DC 20590.

**SECCIÓN 1:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre** |  |
| **Dirección** |  |
| **Teléfono** |  |
| **Dirección de correo electrónico** |  |
| **¿Necesita un formato accesible?** | Letra grande  Scribe/grabación   Dispositivo de telecomunicaciones para personas sordas (TDD)  ☐ Traductor (indicar idioma): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Otro (describa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**SECCIÓN 2:**

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Presenta esta denuncia en su propio nombre?** | ☐ Sí\*☐ No |
|  | **\* Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección 3.** |
|  | **Si respondió "no" a esta pregunta:**  **Proporcione el nombre de la persona en relación con la cual presenta la denuncia e indique la relación que tiene con él o ella:**  Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Explique por qué presenta esta denuncia en representación de un tercero:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Si presenta esta denuncia en representación de un tercero, confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada.**  ☐ Sí☐ No |

**SECCIÓN 3:**

|  |
| --- |
| **Describa la presunta discriminación. Explique con la mayor claridad posible lo que sucedió y por qué cree que fue objeto de discriminación. Describa a todas las personas involucradas. Indique el nombre y la información de contacto de la persona o las personas que le discriminaron (si conoce esos datos), así como el nombre y la información de contacto de los testigos que hubiere. Si necesita más espacio, escriba en el reverso de este formulario.**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Fecha de la presunta discriminación (mes, día, año):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Lugar donde ocurrió la presunta discriminación:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**SECCIÓN 4:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **¿Ha presentado anteriormente una denuncia con arreglo a la ADA ante NYC Ferry?** | ☐ Sí | ☐ No |

**SECCIÓN 5:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **¿Ha presentado esta denuncia ante algún otro organismo federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal?**  ☐ Sí\* ☐ No  **\* En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:**  ☐ Organismo Federal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Tribunal federal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ☐ Organismo estatal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Tribunal estatal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ☐ Organismo local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | **Proporcione información sobre una persona de contacto del organismo o tribunal donde se presentó la denuncia.**  Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Organismo/tribunal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

***Puede adjuntar material escrito u otra información que considere pertinente para la denuncia.***

|  |
| --- |
| **DECLARACIÓN:**  Por la presente declaro que la información que he proporcionado en este formulario de denuncia con arreglo a la ADA es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del denunciante Fecha |