

# Zia Therapy Center, Inc. (Ztrans)

## Procedimientos de denuncia del Título VI/ADA (No discriminación)

Zia Therapy Center, Inc. (Ztrans) se compromete a aplicar una política de no discriminación en la prestación de servicios de transporte público. Si cree que ha sido objeto de discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad o discapacidad, o si tiene alguna queja sobre la accesibilidad de nuestro servicio, puede presentar una reclamación. Facilite todos los datos y circunstancias relacionados con su problema o reclamación para que podamos investigar el incidente en profundidad.

### ¿Cómo se presenta una queja?

Puede llamar a Ztrans al (575) 439-4971 o utilizar el formulario de quejas adjunto.

Puede presentar una queja por escrito, firmada y fechada, en un plazo máximo de 180 días a partir de la fecha del supuesto incidente. La queja debe incluir:

- Su nombre, dirección y número de teléfono. **(Véase la pregunta 1 del formulario de denuncia).**
- Cómo, por qué y cuándo cree que fue discriminado. Incluya tanta información específica y detallada como sea posible sobre los presuntos actos de discriminación, así como cualquier otra información relevante. **(Véase la pregunta 10 del formulario de denuncia).**
- Los nombres de cualquier persona, si los conoce, con la que el director pueda ponerse en contacto para aclarar sus acusaciones. **(Véase la pregunta 10 del formulario de denuncia).**

Envíe por correo postal, correo electrónico o devuelva el formulario completado a:

Director de Transporte de Ztrans  
C/O Zia Therapy Center, Inc.  
900 First St.  
Alamogordo, NM 88310  
[ztrans@ziatherapy.org](mailto:ztrans@ziatherapy.org)

### ¿Necesita ayuda para presentar una queja?

Si no puede completar una queja por escrito debido a una discapacidad o si necesita información en otro idioma, podemos ayudarle. Póngase en contacto con nosotros en el (575) 439-4971.

### ¿Cómo se tramitará su queja?

Ztrans investiga las quejas recibidas en un plazo máximo de 180 días después del supuesto incidente. Tramitaremos las quejas que estén completas. Una vez recibida una queja completa, la revisaremos para determinar si es de nuestra competencia. El reclamante recibirá una carta acusando recibo de la queja e indicando si tenemos competencia para investigarla.

Ztrans completará generalmente una investigación en un plazo de **90 días** a partir de la recepción de una queja. Si se necesita más información para resolver el caso, es posible que nos pongamos en contacto con usted. A menos que especifiquemos un plazo más largo, dispondrá de **diez (10) días** a partir de la fecha de la solicitud para enviar la información solicitada. Si no se recibe la información solicitada, es posible que cerremos el caso administrativamente. Un caso también puede cerrarse administrativamente si usted ya no desea continuar con él.

Una vez completada la investigación, Ztrans le enviará una carta en la que se resumirán los resultados de la investigación, se expondrán las conclusiones y se le informará de cualquier medida correctiva que se vaya a adoptar como resultado de la investigación. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede solicitar una reconsideración

enviándonos una solicitud por escrito en un plazo de **siete (7) días** a partir de la fecha de la carta, indicando con precisión los motivos de la reconsideración. Le notificaremos la decisión de aceptar o rechazar la solicitud de reconsideración en un plazo de **diez (10) días**. En los casos en que se conceda la reconsideración, emitiremos una carta de resolución al reclamante una vez completada la revisión de la reconsideración.

## ¿Tengo otras opciones para presentar una queja?

Le recomendamos que presente la queja ante nosotros. Sin embargo, puede presentar una queja ante el Departamento de Transporte de Nuevo México o la Administración Federal de Tránsito:

Departamento de Transporte de Nuevo México

1590 Pacheco Street

Suite A-10

Santa Fe, NM 87505

1-800-554-0936

1-505-470-9668

[www.dot.nm.us](http://www.dot.nm.us)

Administración Federal de Tránsito

Oficina de Derechos Civiles

1200 New Jersey Ave SE

Washington, DC 20590

1-202-366-4043

[www.transit.dot.us](http://www.transit.dot.us)

## ¿Cómo puedo obtener más información?

Si necesita más información sobre nuestras obligaciones de no discriminación o el procedimiento de quejas, póngase en contacto con nosotros en el (575) 439-4971.

### **Zia Therapy Center, Inc. (Ztrans)**

#### **TITLE VI/ADA COMPLAINT FORM (Non-Discrimination)**

Si cree que ha sido objeto de discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad o discapacidad, o si tiene alguna queja sobre la accesibilidad de nuestro servicio de transporte, puede utilizar este formulario para presentar una reclamación. Facilite todos los datos y circunstancias relacionados con su problema o reclamación para que podamos investigar el incidente en profundidad.

Envíe este formulario por correo postal, correo electrónico o devuélvalo a:

Ztrans

Attn: Director de Transporte

900 First St

Alamogordo, NM 88310

(575) 439-4971

Email: [ztrans@ziatherapy.org](mailto:ztrans@ziatherapy.org)

**Below is the Complaint Form:**

<b>1. Nombre de la queja:</b>		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono diurno: (      )		
Dirección de correo electrónico:		
¿Prefieres que nos pongamos en contacto contigo por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>2. ¿Presenta esta reclamación en su propio nombre?</b>		
<input type="checkbox"/> Sí, si la respuesta es SÍ, pase a la pregunta 6 <input type="checkbox"/> No, si la respuesta es NO, pase a la pregunta 3.		
<b>3. Indique su nombre y dirección.</b>		
Nombre de la persona que presenta la denuncia:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono diurno: (      )		
Dirección de correo electrónico:		
¿Prefieres que nos pongamos en contacto contigo por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>4. ¿Cuál es su relación con la persona contra la que presenta la denuncia?</b>		
<b>5. Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada para presentar una queja en su nombre.</b>		
<input type="checkbox"/> Sí, tengo permiso <input type="checkbox"/> No, no tengo permiso		
<b>6. Creo que la discriminación que sufrí se basó en</b> (marque todas las opciones que correspondan):		
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Problema de Accesibilidad <input type="checkbox"/> Otro		
<b>7. ¿Fecha en que se produjo la supuesta discriminación?</b> (Mes/Día/Año)		
<b>8. ¿Dónde tuvo lugar la supuesta discriminación?</b>		
<b>9. Explique con la mayor claridad posible qué sucedió y por qué cree que fue objeto de discriminación.</b> Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que lo discriminó(aron) (si lo sabe). <i>Utilice el reverso de este formulario o páginas separadas si necesita más espacio.</i>		

