

# Title VI

## Notice to the Public:

**Broward Children's Center** operates its transportation programs and services without regard to race, color, and national origin in accordance with Title VI of the Civil Rights Acts of 1964. Any person who believes she or he has been aggrieved by any unlawful discriminatory practice under Title VI may file a complaint with **Broward Children's Center**.

For more information on the **Broward Children's Center** civil rights program, and the procedures to file a complaint about the Transportation program, contact the Title VI Liaison Melzina Nichols at 954-789-2601.

A complainant may file a complaint directly with the Florida Department of Transportation by filing a complaint with the District 4 Title VI Coordinator, Sharon Singhagyan @954-777-4190 or email at [Sharon.Singhagyan@dot.state.fl.us](mailto:Sharon.Singhagyan@dot.state.fl.us) A complaint may also file a complaint directly with Federal Transit Administration by filing a complaint with the Office of Civil Rights, Attention: Complaint Team, East Building, 5<sup>th</sup> Floor-TCR, 1200 New Jersey Ave., SE Washington, DC 20590.

If information is needed in another language, contact Broward Children's Center Human Resources Division for contact information of a language representative.

## 4.0 Title VI Procedures and Compliance

*FTA Circular 4702.1B, Chapter III, Paragraph 6: All recipients shall develop procedures for investigating and tracking Title VI complaints filed against them and make their procedures for filing a complaint available to member of the public.*

### 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 Broward Children's Center may file a Title VI complaint by completing and submitting the agency's Title VI Complaint Form. Complaints can also be submitted by email to [Melzinan@bcckids.org](mailto:Melzinan@bcckids.org) or [margee@bcckids.org](mailto:margee@bcckids.org). Broward Children's Center investigates complaints received no more than 180 days after the alleged incident. Broward Children's Center will only process complaints that are complete. To be considered complete, complainants must, at a minimum, include their name, contact information, date of alleged incident, and a description of the incident.

Once the complaint is received, Broward Children's Center will review it to determine if our office has jurisdiction. The complainant will receive an acknowledgement letter informing him/her whether the complaint will be investigated by our office.

Broward Children's Center has ninety (90) days to investigate the complaint. If more information is needed to resolve the case, Broward Children's Center 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, Broward Children's Center 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 not a 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 procedures and forms will be made available to the public on Broward Children's Center website [www.bcckids.org](http://www.bcckids.org). The forms are also available in other formats upon request.

4.2 Complaint Form

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |  |                   |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--|-------------------|----|
| <b>Section I:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |  |                   |    |
| Name:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |  |                   |    |
| Address:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |  |                   |    |
| Telephone (Home):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |  | Telephone (Work): |    |
| Electronic Mail Address:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |  |                   |    |
| Accessible Format Requirements?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Large Print |  | Audio Tape        |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | TDD         |  | Other             |    |
| <b>Section II:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |             |  |                   |    |
| Are you filing this complaint on your own behalf?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |  | Yes*              | No |
| *If you answered "yes" to this question, go to Section III.                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |  |                   |    |
| If not, please supply the name and relationship of the person for whom you are complaining:                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |  |                   |    |
| Please explain why you have filed for a third party:                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |  |                   |    |
| Please confirm that you have obtained the permission of the aggrieved party if you are filing on behalf of a third party.                                                                                                                                                                                                                                         |             |  | Yes               | No |
| <b>Section III:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             |  |                   |    |
| I believe the discrimination I experienced was based on (check all that apply):                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |  |                   |    |
| <input type="checkbox"/> Race <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> National Origin <input type="checkbox"/> Age<br><input type="checkbox"/> Disability <input type="checkbox"/> Family or Religious Status <input type="checkbox"/> Other (explain) _____                                                                                      |             |  |                   |    |
| Date of Alleged Discrimination (Month, Day, Year): _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |  |                   |    |
| 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 use the back of this form. |             |  |                   |    |
| <hr/> <hr/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |  |                   |    |
| <b>Section IV</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |  |                   |    |
| Have you previously filed a Title VI complaint with this agency?                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |  | Yes               | No |
| <b>Section V</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |  |                   |    |
| Have you filed this complaint with any other Federal, State, or local agency, or with any Federal or State court?                                                                                                                                                                                                                                                 |             |  |                   |    |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |  |                   |    |

|                                                                                                      |                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| If yes, check all that apply:                                                                        |                                             |
| <input type="checkbox"/> Federal Agency: _____                                                       |                                             |
| <input type="checkbox"/> Federal Court _____                                                         | <input type="checkbox"/> State Agency _____ |
| <input type="checkbox"/> State Court _____                                                           | <input type="checkbox"/> Local Agency _____ |
| Please provide information about a contact person at the agency/court where the complaint was filed. |                                             |
| Name:                                                                                                |                                             |
| Title:                                                                                               |                                             |
| Agency:                                                                                              |                                             |
| Address:                                                                                             |                                             |
| Telephone:                                                                                           |                                             |
| <b>Section VI</b>                                                                                    |                                             |
| Name of agency complaint is against:                                                                 |                                             |
| Contact person:                                                                                      |                                             |
| Title:                                                                                               |                                             |
| Telephone number:                                                                                    |                                             |

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

Signature and date required below

\_\_\_\_\_  
Signature Date

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

Broward Children's Center, Inc.

200 SE 19<sup>th</sup> Avenue Pompano Beach, Fl. 33060

Attn: Jacqueline Mogavero, Operations Officer ,Title VI Liaison

## 4.0 Titulo VI: Procedimientos y Cumplimientos

*FTA Circular 4702.1B, Capítulo III, Párrafo 6:* Todos los beneficiarios deberán elaborar un procedimiento para la investigación y seguimiento de quejas referente al Título VI presentadas contra ellos y hacer que sus procedimientos de presentación de quejas estén a la disposición de los miembros del público

### 4.1 Procedimiento de Queja

Cualquier persona que crea que ha sido discriminada por **Broward Children's Center** debido a su raza, color, o nacionalidad de origen puede presentar una queja en el Título IV completando y presentando el formulario de quejas. Cualquier queja también puede ser sometida a través de correo electrónico a la siguientes direcciones [jacquim@bcckids.org](mailto:jacquim@bcckids.org) o [margee@bcckids.org](mailto:margee@bcckids.org). **Broward Children's Center** investigará toda queja recibida en no más de 180 días después del supuesto incidente. **Broward Children's Center** solo procesará las quejas que estén completamente documentadas. Para que una queja esté completamente documentada, debe incluir la siguiente información: nombre, contacto, fecha en que ocurrió el alegado incidente y descripción del alegado incidente.

Una vez la queja es recibida por **Broward Children's Center** esta será revisada para determinar si nuestra oficina tiene jurisdicción sobre la misma. El denunciante recibirá una carta informándole si la queja será o no investigada por nuestra oficina.

**Broward Children's Center** tiene 90 (noventa) días para investigar cualquier queja. Si más información es necesitada **Broward Children's Center** puede contactar al denunciante. De ese ser el caso, el denunciante tiene 10 (diez) días laborables desde la fecha en que la carta fue enviada para enviar la información solicitada al investigador asignado al caso. Si el investigado no es contactado por el denunciante o no recibe la información solicitada en 10 (diez) días laborables, **Broward Children's Center** puede cerrar el caso. El caso también puede ser cerrado, si el denunciante no desea seguir con el caso.

Luego que el investigador revise la queja, emitirá una de dos cartas al denunciante: una carta de cierre o una carta de encuentro (LOF). La carta de cierre contiene un resumen de las alegaciones y afirma que no hubo ninguna violación del Título VI y que el caso será cerrado. La carta de encuentro (LOF) contiene un resumen de las alegaciones y las entrevistas relacionadas con el suceso, además explica si hubo algún tipo de acción disciplinaria, entrenamiento al personal u otra acción que ocurrirá. Si el denunciante desea apelar la decisión, este tiene 7 (siete) días a partir del día que este reciba la carta de cierre o la carta de encuentro.

El proceso de queja y el formulario estará disponible al público en la página electrónica de **Broward Children's Center**, [www.bcckids.org](http://www.bcckids.org). El formulario también estará en disponible en otro formato a petición.

## 4.2 Formulario de Queja

| Sección I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |                     |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------|-------|
| Nombre:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |                     |       |
| Dirección:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |                     |       |
| Teléfono (Casa):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                | Teléfono (Trabajo): |       |
| Correo Electrónico:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |                     |       |
| Formato<br>Requerido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Impreso Grande |                     | Audio |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | TDD            |                     | Otro  |
| Sección II                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |                     |       |
| Usted esta llenando esta queja en su propio number?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                | Si*                 | No    |
| *Si usted contesto "SI" a esta pregunta, vaya a la seccion III                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |                     |       |
| Si usted contesto "NO", por favor proporcione el nombre y la relación de la persona para la cual se está quejando:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |                     |       |
| Por favor explique, porque a presentado la queja por otra persona:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |                     |       |
| Si esta presentado la queja por una tercera persona, por favor confirme que usted a obtenido el permiso de la persona afectada para presentar la queja.                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                | Si                  | No    |
| Sección III                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                |                     |       |
| Cree que la discriminación ocurion debido a (marque todo lo que aplique):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |                     |       |
| <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color de Piel <input type="checkbox"/> Nacionalidad de Origen <input type="checkbox"/> Edad<br><input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Estado Familiar or Religioso<br><input type="checkbox"/> Otro: _____                                                                                                                                                |                |                     |       |
| Fecha en que ocurrio la alegada discriminación (mes, día, año): _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                |                     |       |
| Explique, lo más claro possible, qué fue lo que sucedio y porque usted cree que fue discriminado(a). Describa toda persona que estuvo involucrada. Incluya el nombre y contacto de la persona or personas que disciminaron hacia usted (si tiene la información), al igual de aquellas personas que fueron testigo del acto. Si necesita mas espacio, por favor utilice la parte de atras de esta página.<br><br>_____<br>_____<br>_____ |                |                     |       |
| Sección IV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |                     |       |
| Ha presentado anteriormente una queja del Título VI con esta agencia?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                | Si                  | No    |
| Sección V                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |                     |       |
| Ha presentado esta queja con alguna otra agencia Federal, Estatal o Local; o con alguna Corte Federal o Estatal?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                | Si                  | No    |

**\*Si usted contesto "SI" a esta pregunta, marque todo lo que aplique:**

Agencia Federal: \_\_\_\_\_

Agencia Estatal: \_\_\_\_\_

Agencia Local: \_\_\_\_\_

Corte Estatal: \_\_\_\_\_

Corte Federal: \_\_\_\_\_

Por favor proporcione information referente a la persona de contacto en la Agencia o Corte donde se presento la queja:

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

Ocupación: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Sección VI:**

Nombre de la agencia que esta recibiendo la queja: \_\_\_\_\_

Persona de contacto: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Usted quiere puede adjuntar cualquier documento or información que usted crea es revelente a su queja.

Firma y fecha requerida a continuación

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

La forma puede ser entregada en persona o enviada por correo a la siguiente dirección:

Broward Children's Center, Inc.  
200 SE 19<sup>th</sup> Avenue, Pompano Beach, FL 33060  
Attn: Jacqueline Mogavero, Operation Officer, Title VI Liason