

**Rolling Plains Management Corporation  
SHARP Lines Rural Public Transportation  
Title VI Complaint Form**

**Section I:**

**Name:**

**Address:**

**Telephone (Home):**

**Telephone (Work):**

Email Address:

Accessible

Format

Large Print

Audio Tape

Requirements?

TDD

Other

**Section II:**

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

**Section III:**

I believe the discrimination I experienced was based on (check all that apply):

Race

Color

National Origin

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.

**Section IV**

Have you previously filed a Title VI complaint with this agency?

Yes

No

**Section V**

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: \_\_\_\_\_

Federal Court \_\_\_\_\_

State Agency \_\_\_\_\_

State Court \_\_\_\_\_

Local Agency \_\_\_\_\_

Please provide information about a contact person at the agency/court where the complaint was filed.

**Name:**

**Title:**

**Agency:**

**Address:**

**Telephone:**

**Section VI**

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

If information is needed in another language, then contact 1-800-633-0852

Si necesita información en otro idioma, comuníquese con 1-800-633-0852

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

Rolling Plains Management Corporation  
118 N. First, P. O. Box 490  
Crowell, Texas 79227

**Rolling Plains Management Corporation  
SHARP Lines Rural Public Transportation**

**Título VI Formulario de Queja**

**Sección I:**

**Nombre:**

**Dirección:**

**Teléfono (Domicilio):**

**Teléfono (Trabajo):**

Dirección de correo electrónico:

Requisitos

Formato

Letra Grande

Cinta de Audio

Accesibles?

TDD

Otra

**Sección II:**

¿Está presentando esta queja en sus propio nombre?

Sí\*

No

\*Si respondió "Sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.

Si no es así, proporcione el nombre y la relación de la persona por la que se queja:

Explique por qué ha presentado un tercero:

Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si está presentando en nombre de un tercero

Sí

No

**Sección III:**

Creo que la discriminación que experimenté se basó

Raza

Color

Origen Nacional

Fecha de Presunta Discriminación (Mez, Día, Año): \_\_\_\_\_

Explique los más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas involucradas. Incluye el nombre y la información de contacto de la persona(s) que discriminó (si se conoce), así como nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si necesitas más espacio, utilice el reverso de esta formulario.

**Sección IV**

¿Ha presentado anteriormente una queja de Título VI con esta agencia?

Sí

No

