

Okaloosa County EMERALD COAST RIDER

TITLE VI STATEMENT

Title VI of the Civil Rights Act of 1964 and supplemental legislation prohibits discrimination on the basis of race, color, or national origin in programs and activities receiving Federal financial assistance. Specifically, Title VI provides that "no person in the United States shall, on the ground of race, color, or national origin, be excluded from participation in, be denied the benefits of, or be subjected to discrimination under any program or activity receiving Federal financial assistance" (42 U.S.C. Section 2000d).

English:

The Okaloosa County Board of County Commissioners will not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, handicap/ disability or income status. No person may be treated unfavorably, excluded from participating in or denied the benefits of any County program or activity because of their race, color, national origin, age, sex, handicap/ disability or income status.

If you feel you are being denied participation in or being denied benefits of Emerald Coast Rider Transit services provided by Maruti Fleet & Management, or otherwise being discriminated against because of your race, color, or national origin, you may contact our office at 850-833-9173.

Spanish

La Junta de Comisionados del Condado de Okaloosa no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, incapacidades / discapacidades o nivel de ingresos. Ninguna persona puede ser tratada desfavorablemente, excluida de participar o ser negado de los beneficios de cualquier programa o actividad Condado debido a su raza, color, origen nacional, edad, sexo, discapacidades / incapacidades o nivel de ingresos. *Si usted piensa que le han negado participación o acceso a los beneficios y servicios proveídos por el Departamento de Tránsito del Condado de Maruti Fleet & Management, o que ha sido discriminado por motivos de raza, color, u origen nacional, usted debe comunicarse al 850-833-9173.*



Okaloosa County Board of County Commissioners

Title VI / Nondiscrimination Program Complaint of Discrimination

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	Date of Alleged Discrimination:
	<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	
Please list the name(s) and phone number(s) of any person, if known, that the Okaloosa Board of County Commissioners could contact for additional information to support or clarify your allegation(s).				
Please explain as clearly as possible how, why, when and where 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:	

Mail or Fax Completed Form to:

Emerald Coast Rider
Attn: Title VI Officer
600 Transit Way
Fort Walton Beach, FL 32547

850-833-9173 ph
850-833-9168 fax

Okaloosa County Board of County Commissioners

Title VI / Programa Antidiscriminatorio Querrela de Discriminacion

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	Fecha de la alegada discriminación:
	<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	
Favor de indicar el nombre (s) y número(s) de teléfono(s) de alguna persona(s) que La Junta de Comisionados del Condado de Okaloosa puede comunicarse para información adicional que clarifique o respalde su alegación o alegaciones.				
Favor de explicar tan claro como sea posible, como, porque, cuando y donde 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:	

Favor de mandar por correo electrónico o fax a:

Emerald Coast Rider
Attn: Title VI Officer
600 Transit Way
Fort Walton Beach,
FL 32547

850-833-9173 ph
850-833-9168 fax