

Title VI of the Civil Rights Act Appendixes B, C, and D in English, Spanish and Haitian Creole

Appendix B: Public Notice of Rights

Appendix C: Miami Jewish Health's Complaint Procedure

Appendix D: Discrimination Complaint Form

Título IV del acta de derechos civiles, Apéndices B, C, y D en inglés, español y haitiano

Apéndice B: Aviso al público de derechos

Apéndice C: Procedimiento de quejas de Miami Jewish Health

Apéndice D: Formulario de queja por discriminación

Tit VI Lwa sou Dwa Sivil Anèks B, C, ak D an Angle, Panyòl ak Kreyòl

Anèks B: Avi pou piblik la sou dwa yo

Anèks C: Pwosedè pou plent Miami Jewish Health la

Anèks D: Fòmilè plent pou diskriminasyon

Appendix B
Title VI Notice to the Public:

Notifying the Public of Rights Under Title VI Miami Jewish Health

- Miami Jewish Health (MJH) operates its programs and services without regard to race, color, or national origin in accordance with Title VI of the Civil Rights Act. Any person who believes he or she has been aggrieved by any unlawful discriminatory practice under Title VI may file a complaint with Miami Jewish Health Systems.
- For more information on Miami Jewish Health's Civil Rights Program, and the procedures to file a complaint, contact 305-751-8626 or visit our administrative office at 5200 NE 2nd Avenue, Miami, FL 33137
- A complainant may file a complaint directly with the Federal Transit Administration through the Office of Civil Rights, Attention: Title VI Program Coordinator, East Building, 5th floor-TCR, 1200 New Jersey Avenue SE, Washington, DC 20590
- If information is needed in another language, contact 305-751-8626
Si necesita información en otro idioma, comuníquese al 305-751-8626
Si ou bezwen enfòmasyon yo nan yon lòt lang, kontakte 305-751-8626

Apéndice B

Título VI Aviso al público:

Notificación al público de los derechos en virtud del Título VI Miami Jewish Health

- Miami Jewish Health (MJH) opera sus programas y servicios sin distinción de raza, color o nacionalidad de conformidad con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles. Toda persona que crea que ha sido agraviada por una práctica discriminatoria ilegal según el Título VI puede presentar una queja ante Miami Jewish Health Systems.
- Para obtener más información sobre el programa de derechos civiles de Miami Jewish Health y los procedimientos para presentar una queja, comuníquese al 305-751-8626 o visite nuestra oficina administrativa en 5200 NE 2nd Avenue, Miami, FL 33137
- Un denunciante podrá presentar una queja directamente ante la Administración Federal de Tránsito a través de la Oficina de Derechos Civiles: Office of Civil Rights, Attention: Title VI Program Coordinator, East Building, 5th floor-TCR, 1200 New Jersey Avenue SE, Washington, DC 20590
- Si necesita información en otro idioma, comuníquese al 305-751-8626
If information is needed in another language, contact 305-751-8626
Si ou bezwen enfòmasyon yo nan yon lòt lang, kontakte 305-751-8626

Anèks B
Tit VI Avi pou Piblik la:

Notifikasyon pou Piblik la sou Dwa Anba Tit VI Miami Jewish Health

- Miami Jewish Health (MJH) opere pwogram ak sèvis li yo san konsiderasyon ras, koulè, oswa orijin nasyonal dapre Tit VI Lwa sou Dwa Sivil la (Title VI of the Civil Rights Act). Nenpòt moun ki kwè li te viktim pa nenpòt pratik diskriminatwa ilegal anba Tit VI la ka depoze yon plent nan Miami Jewish Health Systems.
- Pou w jwenn plis enfòmasyon sou Pwogram Dwa Sivil Miami Jewish Health la (Miami Jewish Health's Civil Rights Program), ak pwosedi pou depoze yon plent, kontakte 305-751-8626 oswa vizite biwo administratif nou an nan 5200 NE 2.nd Avenue, Miami, FL 33137
- Yon moun ki ap pote plent ka fè l dirèkteman nan Federal Transit Administration atravè Office of Civil Rights, Atansyon: Kowòdonatè Pwogram Tit VI la, East Building, 5th floor-TCR, 1200 New Jersey Avenue SE, Washington, DC 20590
- Si ou bezwen enfòmasyon yo nan yon lòt lang, kontakte 305-751-8626
If information is needed in another language, contact 305-751-8626
Si necesita información en otro idioma, comuníquese al 305-751-8626

Appendix C

Miami Jewish Health's Complaint Procedure:

If any person believes she or he has been discriminated against on the basis of race, color, or national origin by Miami Jewish Health (hereinafter referred to as MJH) may file a Title VI complaint by completing and submitting MJH's Title VI complaint form. MJH investigates complaints received no more than 180 days after the alleged incident. MJH will process complaints that are complete.

Once the complaint is received, MJH will review it to determine if our office has jurisdiction. The complainant will receive an acknowledgment letter informing her/him whether our office will investigate the complaint.

MJH has ninety (90) days to investigate the complaint. If more information is needed to resolve the case, the Authority may contact the complainant. The complainant has thirty (30) 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 thirty (30) days, the MJH can administratively close the case. A case can also be closed if the complainant no longer wishes to pursue the case.

After the investigator reviews the complaint, she/he will issue one of two letters to the complainant: a closure 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. An 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 30 days after the date of the letter or the LOF to do so.

A person may also file a complaint directly with the Federal Transit Administration, at FTA Office of Civil Rights, 1200 New Jersey Avenue SE. Washington, DC 20590

Apéndice C

Procedimiento de quejas de Miami Jewish Health:

Si una persona cree que ha sido discriminada por motivos de raza, color o nacionalidad por parte de Miami Jewish Health (en lo sucesivo denominado MJH) puede presentar una queja del Título VI completando y enviando el formulario de queja del Título VI de MJH. MJH investiga las quejas recibidas no más de 180 días después del presunto incidente. MJH procesará las quejas que estén completas.

Una vez recibida la queja, MJH la revisará para determinar si nuestra oficina tiene jurisdicción. El denunciante recibirá una carta de acuse de recibo informándole si nuestra oficina investigará la queja.

MJH tiene noventa (90) días para investigar la queja. Si se necesita más información para resolver el caso, la autoridad podrá contactar al denunciante. El denunciante tiene treinta (30) días a partir de la fecha de la carta para enviar la información solicitada al investigador asignado al caso. Si el investigador no es contactado por el denunciante o no recibe la información adicional en treinta (30) días, MJH puede cerrar el caso de manera administrativa. También puede cerrarse un caso si el demandante ya no desea continuar.

Después de que el investigador revise la queja, enviará una de dos cartas al denunciante: una carta de cierre o una carta de conclusión (LOF). Una carta de cierre resume las acusaciones y establece que no hubo una violación del Título VI y que el caso se cerrará. Una LOF resume las acusaciones y las entrevistas sobre el presunto incidente y explica si habrá alguna medida disciplinaria, capacitación adicional del miembro del personal u otra acción. Si el denunciante desea apelar la decisión, tiene 30 días después de la fecha de la carta o de la LOF para hacerlo.

Una persona también puede presentar una queja directamente ante la Administración Federal de Tránsito: FTA Office of Civil Rights 1200 New Jersey Avenue SE. Washington, DC 20590

Anèks C

Pwosedì pou Plent Miami Jewish Health la:

Si yon moun kwè yo te fè diskriminasyon kont li sou baz ras, koulè, oswa orijin nasyonal li nan Miami Jewish Health (ke yo rele (MJH) pi ba a), li ka depoze yon plent konfòmman ak Tit VI la lè li ranpli epi soumèt fòmilè plent Tit VI MJH a. MJH mennen ankèt sou plent yo resevwa yo pa plis pase 180 jou apre prezime ensidan an. MJH ap trete plent ki konplè yo.

Yon fwa yo resevwa plent lan, MJH ap revize li pou detèmine si biwo nou an konpetan. Moun k ap pote plent lan ap resevwa yon lèt ki fè l konnen si biwo nou an ap mennen ankèt sou plent lan.

MJH gen katrevendis (90) jou pou mennen ankèt sou plent lan. Si gen plis enfòmasyon ki nesèsè pou rezoud ka a, Otorite a ka kontakte moun ki pote plent lan. Pleyan an gen trant (30) jou apati dat lèt la pou l voye enfòmasyon yo mande yo bay anketè ki plase pou jere dosye a. Si plenyen an pa kontakte anketè a oswa li pa resevwa plis enfòmasyon an nan trant (30) jou, MJH a kapab fèmen dosye a administrativman. Yon dosye ka fèmen tou si moun ki pote plent lan pa vle pouswiv dosye a ankò.

Aprè anketè a revize plent lan, li ap voye youn nan de lèt ba moun ki pote plent lan: yon lèt Konklizyon pou Fèmti (Letter of Finding (LOF)). Yon lèt fèmti rezime akizasyon yo epi li deklare ke pa te gen yon vyolasyon Tit VI e ke dosye a ap fèmen. Yon LOF rezime akizasyon yo ak entèvyou yo konsènan prezime ensidan an, epi eksplike si y ap pran mezi disiplinè oswa bay fòmasyon adisyonèl pou manm pèsònèl la. Si plenyen an vle fè apèl kont desizyon an, li gen 30 jou apre dat lèt la oswa LOF la pou l fè sa.

Yon moun ka pote yon plent tou dirèkteman nan Federal Transit Administration, nan FTA Office of Civil Rights, 1200 New Jersey Avenue SE. Washington, DC 20590

Appendix D

Discrimination Complaint Form

Note: We are asking for the following information to assist us in processing your complaint. If you need help in completing this form, please let us know.

1. Complainant's Name _____
Street Address _____
City, State and Zip Code _____
Telephone Number _____
Home _____ Business _____
2. Person discriminated against (if someone other than the complainant)
Name _____
Street Address _____
City, State and Zip Code _____
Telephone Number _____
Home _____ Business _____
3. Which of the following best describes the reason you believe the discrimination took place? Was it because of your:
Race (specify) _____
Color (specify) _____
National Origin (specify) _____
4. On what date did the alleged discrimination take place? _____

Continues on next page

Appendix D - Continued
Discrimination Complaint Form

5. In your own words, describe the alleged discrimination. Explain what happened, and whom you believe was responsible.

6. 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 _____

Street Address _____

City, State, and Zip Code _____

Telephone Number _____

Continues on next page

Appendix D - Continued
Discrimination Complaint Form

7. Do you intend to file this complaint with another agency? Yes No

If yes, when and where do you plan to file the complaint?

Date _____

Agency _____

Street Address _____

City, State, and Zip Code _____

Telephone Number _____

8. Has the complaint been filed with this agency before? Yes No

If yes, on what date? _____

9. Have you filed any other complaints with this agency? Yes No

If yes, when and against who were they filed?

Date _____

Name _____

Street Address _____

City, State, and Zip Code _____

Telephone Number _____

Apéndice D

Formulario de queja por discriminación

Nota: Solicitamos la siguiente información para poder procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, infórmenos.

1. Nombre del denunciante _____

Dirección _____

Ciudad, estado y código postal _____

Número de teléfono

Residencial _____ Laboral _____

2. Persona discriminada (si no es el denunciante)

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, estado y código postal _____

Número de teléfono

Residencial _____ Laboral _____

3. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el motivo por el que cree que tuvo lugar la discriminación? Se debió a su:

Raza (especifique) _____

Color (especifique) _____

Nacionalidad (especifique) _____

4. ¿En qué fecha tuvo lugar la supuesta discriminación? _____

Continúa en la siguiente página

Apéndice D - Continua
Formulario de queja por discriminación

5. Describa la supuesta discriminación con sus propias palabras. Explique lo que pasó y quién cree que fue el responsable.

6. ¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal? _____ Si _____ No

Si la respuesta es sí, marque todas las opciones que correspondan:

- Agencia federal
- Tribunal federal
- Agencia estatal
- Tribunal estatal
- Agencia local

Proporcione información de una persona de contacto en la agencia/el tribunal donde se presentó la queja.

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, estado y código postal _____

Número de teléfono _____

Continúa en la siguiente página

Apéndice D - Continua
Formulario de queja por discriminación

7. ¿Tiene la intención de presentar esta queja ante otra agencia? Si No

Si respondió sí, ¿cuándo y dónde planea presentar la queja?

Fecha _____

Agencia _____

Dirección _____

Ciudad, estado y código postal _____

Número de teléfono _____

8. ¿Se ha presentado la queja ante esta agencia anteriormente? Si No

Si la respuesta es sí, ¿en que fecha? _____

9. ¿Ha presentado alguna otra queja ante esta agencia? Si No

Si la respuesta es sí, ¿cuándo y contra quién se presentó?

Fecha _____

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, estado y código postal _____

Número de teléfono _____

Anèks D

Fòmilè Plent pou Diskriminasyon

Remak: Nou mande enfòmasyon sa yo pou ede nou trete plent ou a. Si ou bezwen èd pou w ranpli fòmilè sa a, tanpri fè nou konnen.

1. Non Peyan an _____
Adrès _____
Vil, Eta ak Kòd Postal _____
Nimewo Telefòn _____
Lakay _____ Biznis _____
2. Moun ki viktim de diskriminasyon (si se yon lòt moun ke plenyen an)
Non _____
Adrès _____
Vil, Eta ak Kòd Postal _____
Nimewo Telefòn _____
Lakay _____ Biznis _____
3. Kiyès nan sa ki annapre yo ki pi byen dekri rezon ou kwè diskriminasyon an te fèt?
Eske se poutèt:
Ras ou (presize) _____
Koulè ou (presize) _____
Orijin Nasyonal ou (presize) _____
4. Ki dat prezime diskriminasyon an te fèt? _____

Kontinye nan paj kap vini an

Apéndice D - Suit
Fòmilè Plent pou Diskriminasyon

5. Nan pwòp mo pa ou, dekri prezime diskriminasyon an. Eksplike sa ki te pase a, epi ki moun ou kwè ki te responsab.

6. Èske w te depoze plent sa a nan yon lòt ajans federal, leta oswa lokal, oswa nan yon tribinal federal oswa leta? _____ Wi _____ Non

Si wi, tcheke tout sa ki aplike:

- Ajans federal
- Tribinal federal
- Ajans leta
- Tribinal leta
- Ajans lokal

Tanpri bay enfòmasyon sou yon moun yo ka kontakte nan ajans/tribinal kote yo te depoze plent lan.

Non _____

Adrès _____

Vil, Eta, ak Kòd Postal _____

Nimewo Telefòn _____

Kontinye nan paj kap vini an

Apéndice D - Suit
Fòmilè Plent pou Diskriminasyon

7. Èske w gen entansyon depoze plent sa a nan yon lòt ajans? _____ Wi _____ Non

Si wi, kilè ak ki kote ou planifye pou depoze plent lan?

Dat _____

Ajans _____

Adrès _____

Vil, Eta, ak Kòd Postal _____

Nimewo Telefòn _____

8. Èske ou te depoze plent lan nan ajans sa a anvan? _____ Wi _____ Non

Si wi, kilè? Dat _____

9. Èske w te pote nenpòt lòt plent nan ajans sa a? _____ Wi _____ Non

Si wi, kilè ak kont ki moun ou te depoze l?

Dat _____

Non _____

Adrès _____

Vil, Eta, ak Kòd Postal _____

Nimewo Telefòn _____