

Title VI Complaints and Procedures

Title VI of the Civil Rights Act of 1964 requires that no person in the United States, on the grounds of race, color or national origin be excluded from, be denied the benefits of, or be subjected to discrimination under any program or activity receiving federal financial assistance. Presidential Executive Order 12898 addresses environmental justice in minority and low-income populations. Presidential Executive Order 13166 addresses services to those individuals with limited English proficiency.

Any person who believes that they have been excluded from, denied the benefits of, or been subjected to discrimination may file a written complaint with the Council of San Benito County Governments. Federal and State law requires complaints be filed within one-hundred eighty (180) calendar days of the last alleged incident.

To request additional information on the Council of Governments' nondiscrimination obligations or to file a Title VI Complaint, please submit your request to:

Council of San Benito County Governments
Attn: Title VI Complaint
330 Tres Pinos Road, Suite C7
Hollister, CA 95023
Tel: 831.637.7665 Fax: 831.636.4160

Complaint Forms can also be obtained at the Council of Governments Office at 330 Tres Pinos Road, Suite C7 in Hollister, CA or online at www.SanBenitoCOG.org.

Complaint Process

The Council of Governments will begin an investigation within fifteen (15) working days of receipt of a complaint and will contact the complainant in writing no later than (30) working days after receipt of complaint for additional information, if needed. If the complainant fails to provide the requested information in a timely basis, the Council of Governments may administratively close the complaint.

The Council of Governments will complete the investigation within ninety (90) days of receipt of the complaint. If additional time is needed for investigation, complainant will be contacted. A written investigation report will be prepared by the investigator. This report shall include a summary description of the incident, findings and recommended corrective action.

A closing letter will be provided to the complainant and the respondent or respondent department. Parties will have five (5) working days from receipt of the closing letter to appeal. If neither party appeals, the complaint will be closed. If required, the investigation report will be forwarded to the appropriate federal agency.

English Title VI Complaint Form

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Section I: | | |
| 1. Name: | | |
| 2. Address: | | |
| 3. Telephone: | 3.a. Secondary Phone: | |
| 4. Email Address: | | |
| 5. Accessible Format Requirements? | <input type="checkbox"/> Large Print | <input type="checkbox"/> Audio Tape |
| | <input type="checkbox"/> TDD | <input type="checkbox"/> Other |
| Section II: | | |
| 6. Are you filing this complaint on your own behalf? | YES* | NO |
| *If you answered "yes" to #6, go to Section III. If you answered "no" to #6, go to #7. | | |
| 7. What is the name of the person for whom you are filing this complaint? Name | | |
| 8. What is your relationship with this individual: | | |
| 9. Please explain why you have filed for a third party: | | |
| 10. Please confirm that you have obtained permission of the aggrieved party to file on their behalf. | YES | NO |
| Section III: | | |
| 11. I believe the discrimination I experienced was based on <i>(check all that apply)</i> : | | |
| <input type="checkbox"/> Race <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> National Origin | | |
| 12. Date of alleged discrimination: <i>(mm/dd/yyyy)</i> | | |
| 13. 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: | | |
| 14. Have you previously filed a Title VI complaint with the Council of San Benito County Governments? | YES | NO |
| Section V: | | |
| 15. Have you filed this complaint with any other Federal, State, or local agency, or with any court? <input type="checkbox"/> YES* <input type="checkbox"/> NO If yes, check all that apply: <input type="checkbox"/> Federal Agency _____ <input type="checkbox"/> State Agency _____ <input type="checkbox"/> Federal Court _____ <input type="checkbox"/> Local Agency _____ <input type="checkbox"/> State Court _____ | | |
| 16. If you answered "yes" to #15, provide information about a contact person at the agency/court where the complaint was filed. | | |
| Name: | | |
| Title: | | |
| Agency: | | |
| Address: | | |
| Telephone: | | Email: |
| Section VI: | | |
| Name of Agency complaint is against: | | |
| Contact Person: | | |
| Telephone: | | |

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

Signature and date are required below to complete form:

Signature _____ Date _____

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

Council of San Benito County Governments
Attn: Title VI Complaint
330 Tres Pinos Road, Suite C7
Hollister, CA 95023

Complaint Procedures in Spanish

Procedimiento para Quejas del Título VI

El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 establece que ninguna persona de los Estados Unidos será excluida de participar en cualquier programa o actividad que reciba asistencia financiera federal, ni se le negará los beneficios de dichos programas o actividades, ni será discriminado en ellos, por causa de su raza, color o nacionalidad. El decreto presidencial 12898 aborda la justicia del medio ambiente en las poblaciones de minorías y de bajos ingresos. El decreto presidencial 13166 aborda el tema de los servicios para aquellas personas que tienen conocimientos limitados del idioma inglés.

Toda persona que crea haber sido excluida, que se le negaron los beneficios, o que fue discriminada puede presentar una queja por escrito al Concilio de Gobiernos del Condado de San Benito (COG). La legislación federal y estatal exige que las quejas sean presentadas dentro de los ciento ochenta (180) días calendario del último supuesto incidente.

Para obtener información adicional sobre las obligaciones de no discriminación de COG o para presentar una queja de Título IV, por favor comuníquese con el:

Concilio de Gobiernos del Condado de San Benito
Attn: Queja Titulo VI
330 Tres Pinos Road, Suite C7
Hollister, CA 95023
Tel: 831.637.7665, Ext. 206 Fax: 831.636.4160

Los formularios de queja también están disponibles en la oficina de COG en 330 Tres Pinos Road, Suite C7 en Hollister, CA o página web de: www.SanBenitoCOG.org.

Proceso de Quejas del Título VI

La agencia COG comenzará una investigación dentro de los quince (15) días hábiles a partir de la recepción de la queja. En caso de que sea necesario solicitar información adicional, la agencia COG se comunicará con el demandante por escrito en un plazo de no más de treinta (30) días hábiles luego de recibir la queja. Si el demandante no proporcionara la información solicitada de forma oportuna, la agencia COG podrá cerrar el caso de forma administrativa.

La agencia COG completará la investigación dentro de los noventa (90) días a partir de la recepción de la queja. En caso de necesitar más tiempo para la investigación, se contactará al demandante. El investigador preparará un informe escrito de la investigación. Este informe deberá incluir un resumen de la descripción del incidente, las conclusiones y las medidas correctivas recomendadas.

Se le enviará una carta que informe que el caso se ha cerrado al demandante y al demandado o departamento demandado. Las partes tendrán cinco (5) días hábiles desde la recepción de la carta de cierre del caso para apelar. En caso de que ninguna de las partes apele, se cerrará el caso. De ser necesario, se enviará el informe de investigación a la agencia federal correspondiente.

Spanish Title VI Complaint Form

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Parte I: | | |
| 1. Nombre: | | |
| 2. Dirección Residencial: | | |
| 3. Teléfono: | 3.a. Otro teléfono: | |
| 4. Dirección de correo electrónico: | | |
| 5. ¿Requisitos de formato accesible? | <input type="checkbox"/> Letra Grande | <input type="checkbox"/> Cinta de audio |
| | <input type="checkbox"/> Dispositivos electrónicos para sordos (TDD) | <input type="checkbox"/> Otro |
| Parte II: | | |
| 6. ¿Está presentando esta queja en su propio nombre? | Sí* | No |
| *Si usted contesto "sí" a #6, vaya a la Sección III. Si su respuesta es "no" a #6, vaya a #7. | | |
| 7. ¿Cuál es el nombre de la persona para la cual usted está presentando esta queja? Nombre: | | |
| 8. ¿Cuál es su relación con esta persona?: | | |
| 9. Por favor explique por qué ha presentado por un tercero : | | |
| 10. Por favor confirme que ha obtenido permiso de la parte agraviada para presentar en su nombre. | Sí | No |
| Parte III: | | |
| 11. Creo que la discriminación que viví fue basada en (<i>marque todas las que apliquen</i>): <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Nacionalidad | | |
| 12. Fecha del presunto acto de discriminación: (<i>mm/dd/yyyy</i>) | | |
| 13. Explique lo más claramente posible lo que pasó y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que lo discriminó (si se conoce), así como los nombres y datos de contacto de testigos. Si se necesita más espacio, por favor utilice el reverso de este formulario. | | |

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----|
| Parte IV: | | |
| 14. ¿Ha presentado anteriormente una queja del Título VI con el Concilio de Gobiernos del Condado de San Benito? | Sí | No |
| Parte V: | | |
| 15. ¿Presentó esta demanda ante otra agencia federal, estatal, local o ante un tribunal? <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No | | |
| Si la respuesta es sí, marque todas las que apliquen: | | |
| <input type="checkbox"/> Agencia Federal _____ | <input type="checkbox"/> Agencia Estatal _____ | |
| <input type="checkbox"/> Tribunal Federal _____ | <input type="checkbox"/> Agencia Local _____ | |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| [] Tribunal Estatal _____ | |
| 16. Si usted contestó "sí" a # 15, proporcionar información acerca de una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja. | |
| Nombre: | |
| Título: | |
| Agencia: | |
| Dirección: | |
| Teléfono: | Dirección de correo electrónico: |
| Parte VI: | |
| Nombre de la Agencia de cual la queja está en contra: | |
| Persona de contacto: | |
| Teléfono: | |

Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que usted considere relevante para su queja.

Su firma y fecha son requeridas abajo para completar el formulario:

Firma _____ Fecha _____

Después de completar la solicitud, por favor, envíe por correo o entréguela en persona a la siguiente dirección:

Concilio de Gobiernos del Condado de San Benito
 Attn: Queja Titulo VI
 330 Tres Pinos Road, Suite C7
 Hollister, CA 95023