

Unterrichtung der Öffentlichkeit über Rechte nach Titel VI

Willow Health Care, Inc. veröffentlicht Title VI-Mitteilungen auf der Website unserer Agentur, in öffentlichen Bereichen unserer Agentur, in unserem Sitzungssaal und in unseren Bussen und/oder Paratransit-Fahrzeugen.

Willow Health Care Inc. betreibt seine Programme und Dienste ohne Rücksicht auf Rasse, Hautfarbe oder nationale Herkunft in Übereinstimmung mit Titel VI des Civil Rights Act von 1964.

Wenn Sie der Meinung sind, dass Sie aufgrund von Rasse, Hautfarbe oder nationaler Herkunft von Willow Health Care, Inc. diskriminiert wurden, können Sie eine Beschwerde nach Titel VI einreichen, indem Sie das Beschwerdeformular der Behörde gemäß Titel VI ausfüllen, unterschreiben und einreichen.

Um weitere Informationen über Ihre Rechte gemäß Titel VI zu erhalten, wenden Sie sich bitte an:
Willow Health Care, Inc.

So reichen Sie eine Beschwerde nach Titel VI bei Willow Health Care, Inc. ein:

1. Anfragen für Beschwerdeformulare können schriftlich an die WHCI-Unternehmenszentrale - WHCI P.O. Box 309 Willow Springs, MO 65793, angefordert werden.
2. Neben dem Beschwerdeverfahren bei Willow Health Care, Inc. können Beschwerden direkt bei der Federal Transit Administration, Office of Civil Rights, Region 7, FTA Region 7 Office, 901 Locust St. Suite 404 Kansas City, MO 64106, eingereicht werden.
3. Beschwerden müssen innerhalb von 180 Tagen nach dem Datum des mutmaßlichen diskriminierenden Vorfalls eingereicht werden und sollten so detaillierte Informationen wie möglich über die mutmaßliche Diskriminierung enthalten.
4. Das Formular muss unterschrieben und datiert sein und Ihre Kontaktinformationen enthalten.

Wenn Informationen in einer anderen Sprache benötigt werden, wenden Sie sich an [\[417-469-0204\]](tel:417-469-0204).

Willow Health Care Inc TITEL VI BESCHWERDEFORMULAR

"Niemand in den Vereinigten Staaten darf aufgrund von Rasse, Hautfarbe oder nationaler Herkunft von der Teilnahme an einem Programm oder einer Aktivität, die finanzielle Unterstützung des Bundes erhält, ausgeschlossen werden, ihm werden die Vorteile verweigert oder er darf im Rahmen eines Programms oder einer Aktivität, die finanzielle Unterstützung des Bundes erhält, diskriminiert werden."

Wenn Sie der Meinung sind, dass Sie bei der Erbringung von Transportdienstleistungen diskriminiert wurden, geben Sie bitte die folgenden Informationen an, um uns bei der Bearbeitung Ihrer Beschwerde zu unterstützen. Sollten Sie Hilfe beim Ausfüllen dieses Formulars benötigen oder Informationen in alternativen Formaten benötigen, teilen Sie uns dies bitte mit.

Bitte senden Sie dieses Formular per Post oder zurück:

Willow Health Care, Inc.
Emily Counts, Geschäftsführerin
Postfach 309
Willow Springs, MO 65793
Telefon: 417-469-0204 Fax: 417-469-3443

Ort: Bundesland: Postleitzahl:

1. Complainant's Name:		
a. Address:		
b. City:	State:	Zip Code:
c. Telephone (include area code): Home () or Cell ()		Work
() -		() -
d. Electronic mail (e-mail) address:		
Do you prefer to be contacted by this e-mail address? () YES () NO		
2. Accessible Format of Form Needed? () YES specify: _____ () NO		
3. Are you filing this complaint on your own behalf? () YES If YES, please go to question 7. () NO If no, please go to question 4		
4. If you answered NO to question 3 above, please provide your name and address.		
a. Name of Person Filing Complaint:		
b. Address:		
c. City:	State:	Zipcode:
d. Telephone (include area code): Home () or Cell ()		Work
() -		() -
e. Electronic mail (e-mail) address:		
Do you prefer to be contacted by this e-mail address? () YES () NO		
5. Name des Beschwerdeführers:		
6. Adresse:		
7. Ort: Bundesland: Postleitzahl:		
() Race () Color () National Origin (classes protected by Title VI)		
() Other (please specify)		

8. Telefon (mit Vorwahl): Privat () oder Handy () Arbeit
9. E-Mail-Adresse:
10. Möchten Sie lieber über diese E-Mail-Adresse kontaktiert werden? () JA () NEIN <i>Use the back of this form or separate pages if additional space is required.</i>
11. Benötigen Sie ein barrierefreies Formularformat? () JA bitte angeben: _____ () NEIN <i>Use the back of this form or separate pages if additional space is required.</i>
12. Reichen Sie diese Beschwerde in Ihrem eigenen Namen ein? () JA Wenn JA, fahren Sie bitte mit Frage 7 fort.
13. Wenn Sie Frage 3 oben mit NEIN beantwortet haben, geben Sie bitte Ihren Namen und Ihre Adresse an. a. Name der Person, die die Beschwerde einreicht: b. () Federal Court (Please provide location) c. () State Court d. () State Agency (Specify Agency) e. () County Court (Specify Court and County) f. () Local Agency (Specify Agency)
14. Adresse: Name: _____ Title: _____
Ort: Bundesland: PLZ:
Telefon (mit Vorwahl): Privat () oder Handy () Arbeit
E-Mail-Adresse:

Sie können schriftliche Materialien oder andere Informationen beifügen, die Ihrer Meinung nach für Ihre Beschwerde relevant sind.

Unterschrift und Datum erforderlich:

Unterschrift

Datum

Wenn Sie die Fragen 4, 5 und 6 beantwortet haben, ist Ihre Unterschrift und Ihr Datum erforderlich:

Unterschrift

Datum

