

## **Appendix A: Title VI Notice to Beneficiaries**

The Sharp HealthCare Transportation Department operates its programs and services without regard to race, color and national origin in accordance with Title VI of the Civil Rights Act. Any person who believes she or he has been aggrieved by any unlawful discriminatory practice under Title VI may file a complaint with the Sharp HealthCare Transportation Department. For more information on the Sharp HealthCare Transportation Department's civil rights program and the procedures to file a complaint contact (619) 740-3077; go online at [Sharp.com](http://Sharp.com); or visit our administrative office at 9000 Wakarusa Street, Building H, Room 20, La Mesa, CA 91942. A complaint may be filed directly with the Federal Transit Administration by filing a complaint to the office of the Federal Transit Administration Office of Civil Rights, Attention: Title VI Program Coordinator, East Building, 5<sup>th</sup> Floor- TCR, 1200 New Jersey Ave., SE, Washington DC 20590. If information is needed in another language, contact (619) 740-3077.

---

## **Appendix A: Título VI Aviso a los beneficiaries**

Sharp HealthCare Transportation Department opera sus programas y servicios sin tener en cuenta raza, color y origen nacional, de conformidad con el Título VI del Acta de Derechos Civiles. Cualquier persona que cree que él o ella ha sido agraviada por cualquier práctica discriminatoria bajo el Título VI puede una queja ante el Sharp HealthCare. Para obtener más información sobre el programa de derechos civiles del Sharp HealthCare Transportation Department y los procedimientos para una queja, contacte a (619) 740-3077 ir en línea en [Sharp.com](http://Sharp.com), o visite nuestra oficina en 9000 Wakarusa Street, Building H, Room 20, La Mesa, CA 91942. Un demandante puede una queja directamente con la Administración Federal de Tránsito mediante la presentación de una queja ante la Oficina de Tránsito Administration Federal de Derechos Civiles, Atención: Coordinador del Programa del Título VI, East Building, 5<sup>th</sup> Floor-TCR, 1200 New Jersey Ave., NW, Washington DC 20590. Si se necesita información en otro idioma, llame al (619) 740-3077.

---



## Appendix B: Title VI Complaint Procedures

### Discrimination Complaint Procedures

1. Applicability. The following complaint procedures are applicable to all persons who believe that they have been subject to discrimination by Sharp HealthCare related to its [name of SANDAG-funded transportation service or program], which is funded in whole or in part by SANDAG. In general, it is designed to address disputes, including but not limited to the following:
  - 1.1 Disagreements regarding a requested service, accommodation, or modification of a Sharp HealthCare practice or requirement.
  - 1.2 Inaccessibility of a program, publication, or activity.
  - 1.3 Harassment or discrimination prohibited by California or federal law.
2. Preliminary Review Process. The following process must be completed prior to filing a Formal Complaint with SANDAG.
  - 2.1 Informal Resolution - Prior to submitting a formal complaint, the complaining party shall contact Title VI Fleet Manager for assistance in resolving the matter informally as soon as is practical, generally within 15 calendar days of the time from when the subject of the complaint occurred or the complaining party became aware of Sharp HealthCare alleged non-compliance with state or federal non-discrimination laws.

The Title VI Fleet Manager at Sharp HealthCare can be reached at 8695 Spectrum Center Blvd., San Diego, CA 92123. 619-740-3077.

Sharp HealthCare will notify SANDAG of the complaint within 72 hours of receiving the complaint and record the complaint and steps taken toward resolution. Sharp HealthCare is responsible for informing the complaining party about Sharp HealthCare's complaint procedure, including the opportunity to file a formal complaint with SANDAG and/or the Federal Transit Administration (FTA) as described below.
  - 2.2 Report of Results to SANDAG and Complaining Party – Sharp HealthCare will email or mail SANDAG and the complaining party the results of the informal resolution process within 30 calendar days of receiving the complaint. If the complaining party is not satisfied with Sharp HealthCare's disposition of the matter, the complaining party may file a formal complaint with SANDAG following the procedure described below.
3. Formal Complaint. If the procedure for Preliminary Review and informal resolution by Sharp HealthCare does not yield a successful resolution, then the complaining party may file a formal, written complaint with SANDAG in the manner described below. SANDAG materials can be made available in alternative languages. To make a request, call (619) 699-1900. Los materiales de SANDAG están disponibles en otros idiomas. Para hacer una solicitud, llame al (619) 699-1900
  - 3.1 Complaints must be filed within ten (10) calendar days of the complaining party's receipt of notice of the end of the Preliminary Review process described above.
  - 3.2 Complaints must be in writing and must include an attached copy of any correspondence concerning the complaint with Sharp HealthCare.



- 3.3 Complaints must be filed with the SANDAG Title VI Compliance Officer at 401 B Street, Suite 800, San Diego, CA 92101; Fax number (619) 699-1995; TTY (619) 699-1904.
- 3.4 Investigation – The SANDAG Title VI Compliance Officer will initiate an investigation, which may include interviewing, consulting with, and/or requesting a written response to the issues raised in the complaint from any individual the SANDAG Title VI Compliance Officer believes to have relevant information, including the ADA Compliance Officer, Sharp HealthCare staff and members of the public. SANDAG may also hold an informal hearing.



## Formulario para procedimientos de reclamos por discriminación

1. **Aplicabilidad.** Los siguientes procedimientos de reclamos son pertinentes a todas las personas que consideren que han sido sujetas a discriminación por Sharp HealthCare con relación a [nombre del servicio o programa de transporte financiado por la Asociación de Gobiernos de San Diego, (San Diego Association of Governments, SANDAG)], que es financiado total o parcialmente por SANDAG. En general, está diseñado para tratar disputas, incluidas, entre otras, las siguientes:
  - 1.1 Desacuerdos en relación con un servicio solicitado, sitio o modificación de una práctica o requisito d Sharp HealthCare.
  - 1.2 Falta de accesibilidad a un programa, publicación o actividad.
  - 1.3 Acoso o discriminación prohibidos según la ley de California o la ley federal.
2. **Proceso de revisión preliminar.** El siguiente proceso debe completarse antes de presentar un reclamo formal ante SANDAG.
  - 2.1 Resolución informal: antes de presentar un reclamo formal, la parte demandante deberá comunicarse con [título del cargo dentro de la organización responsable por el cumplimiento del Título VI o reclamos por discriminación] para obtener asistencia en la resolución del asunto de manera informal tan pronto como sea práctico, por lo general, dentro de un plazo de quince (15) días calendario a partir de la fecha en que el asunto del reclamo ocurrió o la parte demandante tuvo conocimiento de la presunta falta de cumplimiento por parte de Sharp HealthCare en relación con las leyes estatales o federales contra la discriminación.

El Oficial de Cumplimiento del Título VI de Sharp HealthCare, 8695 Spectrum Center Blvd., San Diego, CA 92123 puede ser contactado al 619-740-3077.

Sharp HealthCare notificará a SANDAG sobre el reclamo dentro de un plazo de setenta y dos (72) horas a partir de su recepción y lo registrará junto con los pasos que se tomaron para su resolución. Sharp HealthCare es responsable de informarle a la parte demandante sobre el procedimiento de reclamos de Sharp HealthCare, incluida la oportunidad para presentar un reclamo formal ante SANDAG o la Administración Federal de Transporte Público (Federal Transit Administration, FTA) de la manera que se describe a continuación.
  - 2.2 Informe de los resultados a SANDAG y a la parte demandante: Sharp HealthCare le enviará a SANDAG y a la parte demandante, a través de correo electrónico o correspondencia, los resultados del proceso de resolución informal dentro de un plazo de treinta (30) días calendario a partir de la recepción del reclamo. Si la parte demandante no está satisfecha con la disposición de Sharp HealthCare con relación al asunto, la parte demandante podrá presentar un reclamo formal ante SANDAG según el procedimiento que se describe a continuación.
3. **Reclamo formal.** Si el procedimiento de revisión preliminar y resolución informal de Sharp HealthCare no produce una resolución satisfactoria, la parte demandante podrá presentar un reclamo formal por escrito ante SANDAG de la manera que se describe a continuación. Los materiales de SANDAG están disponibles en otros idiomas. Para hacer una solicitud, llame al (619) 699-1900.



- 3.1 Los reclamos deben presentarse dentro de un plazo de diez (10) días calendario a partir de la fecha en que la parte demandante reciba el aviso de finalización del proceso de revisión preliminar descrito anteriormente.
- 3.2 Los reclamos deben presentarse por escrito y deben incluir una copia de cualquier correspondencia con relación al reclamo a Sharp HealthCare.
- 3.3 Los reclamos deben presentarse ante el Oficial de Cumplimiento del Título VI de SANDAG en 401 B Street, Suite 800, San Diego, CA 92101; número de fax (619) 699-1995; TTY (619) 699-1904.
- 3.4 Investigación: el Oficial de Cumplimiento del Título VI de SANDAG iniciará una investigación, que podrá incluir entrevistar, consultar o solicitar una respuesta por escrito sobre los temas que surgieron en el reclamo a cualquier individuo que el Oficial de Cumplimiento del Título VI de SANDAG considere que tenga información relevante, incluido el Oficial de Cumplimiento de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA), personal de Sharp HealthCare y miembros del público. SANDAG también podrá sostener una audiencia informal.
- 3.5 Panel de revisión: el Oficial de Cumplimiento del Título VI de SANDAG convocará a un panel de revisión que estará compuesto por el Oficial de Cumplimiento del Título VI de SANDAG, el Oficial de Cumplimiento de la ADA, si corresponde, un miembro del personal de administración de SANDAG, el Director Ejecutivo Adjunto (o su designado) y (dependiendo de los temas) cualquier otro personal, según sea necesario. Este panel revisará la solicitud, investigará e intentará resolver los temas dentro de un plazo de treinta (30) días calendario a partir de que SANDAG reciba el reclamo.
- 3.6 Representación: la parte demandante y cualquier otra parte a quien esté dirigido el reclamo tendrán derecho a tener un representante.
- 3.7 Conclusiones y notificación: el Oficial de Cumplimiento del Título VI de SANDAG o el Oficial de Cumplimiento de la ADA preparará y le suministrará a la parte demandante, y a todas las otras partes involucradas, un informe final que contenga un resumen de la investigación, conclusiones por escrito y una disposición propuesta. Este informe se le suministrará a la parte demandante y a Sharp HealthCare dentro de un plazo de cuarenta y cinco (45) días calendario a partir de la presentación del reclamo formal.
- 3.8 Disposición final: la disposición propuesta por el panel de revisión entrará en vigencia de inmediato. La parte demandante o cualquier otra parte a quien esté dirigido el reclamo o la disposición propuesta podrán apelar. La apelación ante el Director Ejecutivo (como se establece a continuación) no suspenderá la implementación de la disposición propuesta por el panel de revisión de SANDAG, excepto en aquellas circunstancias en las cuales el Director Ejecutivo de SANDAG decida que existe un motivo suficiente para que corresponda la suspensión de la implementación.

#### 4. Apelación

- 4.1 Dentro de un plazo de diez (10) días calendario a partir de la emisión del informe final, la parte demandante podrá apelar ante el Director Ejecutivo de SANDAG.
- 4.2 Para que se acepte una apelación, debe presentarse una solicitud de revisión por escrito ante el Director Ejecutivo de SANDAG.



- 4.3 La solicitud de revisión por escrito debe especificar la base particular fundamental, procesal o ambas, de la apelación y debe efectuarse por motivos que no sean la insatisfacción general con la disposición propuesta. Además, la apelación debe estar dirigida solo a los temas planteados en el reclamo formal presentado o a los errores procesales en la gestión del procedimiento de reclamo, y no a temas nuevos.
  - 4.4 La revisión del Director Ejecutivo o su persona designada normalmente deberá limitarse a las siguientes consideraciones: ¿Influyeron los hechos y criterios correctos sobre la decisión? ¿Influyeron fundamentalmente hechos o criterios incorrectos o irrelevantes sobre la decisión en perjuicio de la parte demandante? ¿Hubo alguna irregularidad procesal que influyó fundamentalmente sobre el resultado de la cuestión en perjuicio de la parte demandante? Dados los hechos, los criterios y el procedimiento correcto, ¿fue esta la decisión que hubiese tomado razonablemente una persona responsable de tomar decisiones?
  - 4.5 Se espera una copia de la decisión por escrito del Director Ejecutivo dentro de un plazo de treinta (30) días calendario a partir de la presentación de la apelación, la cual se enviará a todas las partes involucradas y, si corresponde, a las personas cuya autoridad será necesaria para llevar a cabo la disposición. El Director Ejecutivo podrá extender el plazo por un motivo justificado. La decisión del Director Ejecutivo sobre la apelación será la decisión definitiva de SANDAG.
- 5 Presentación de un reclamo ante la FTA. Cualquier persona que considere que ella misma, o cualquier clase específica de personas esté sometida a la discriminación prohibida bajo el Título VI, también podrá presentar un reclamo por escrito ante la FTA. Un reclamo debe presentarse antes de los 180 días a partir de la fecha de la presunta discriminación, a menos que la FTA extienda el plazo de presentación. Los reclamos del Título VI con relación a programas con financiamiento federal en Sharp HealthCare podrán enviarse a la agencia de financiamiento que corresponda a:

Federal Transit Administration Office of Civil Rights  
Attention: Title VI Program Coordinator  
East Building, 5th Floor - TCR  
1200 New Jersey Ave., SE  
Washington, DC 20590



### Formulario de reclamo por discriminación

Instrucciones: Si considera que [nombre de la Organización] cometió discriminación en contra de una o más personas con relación a su [nombre del servicio o programa financiado por SANDAG] y ya intentó resolver su reclamo de manera informal con [nombre de la Organización] sin tener éxito, por favor, complete en su totalidad este formulario con tinta negra o a máquina. Fírmelo y devuélvalo a la dirección que se indica a continuación. Varios medios para presentar reclamos, como por ejemplo entrevistas personales o una grabación del reclamo, estarán disponibles para las personas con discapacidades, con la previa petición a SANDAG.

Los materiales de SANDAG están disponibles en otros idiomas. Para hacer una solicitud, llame al (619) 699-1900.

Demandante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Residencia: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

¿Cuándo ocurrió el acto de discriminación?      Fecha: \_\_\_\_\_

Describe los actos de discriminación, suministrando el/los nombre(s), de ser posible, de los individuos responsables de los actos discriminatorios (anexe páginas adicionales de ser necesario):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Devuélvalo a:  
Title VI Coordinator  
SANDAG  
401 B Street, Suite 800  
San Diego, CA 92101  
Teléfono: 619-699-1900; Fax: 619-699-1995; TTY 619-699-1904



### Appendix C: Title VI Complaint Form

Section 601 under Title VI of the Civil Rights Act of 1964 states 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.” If you feel you have been discriminated against, please provide the following information in order to assist the Sharp HealthCare Transportation Department in processing your complaint.

**SECTION 1 (Please print clearly):**

Name: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
City, State, Zip Code: \_\_\_\_\_  
Telephone Number: \_\_\_\_\_ (Home) \_\_\_\_\_ (Work)  
Accessible format requirements? \_\_\_\_ (Large print) \_\_\_\_ (Audiotape) \_\_\_\_ (TDD) \_\_\_\_ (Other)

**SECTION 2:**

Are you filing this complaint on your own behalf? \_\_\_\_ (Yes) \_\_\_\_ (No)  
If you answered yes to this question, go to Section 3.  
If not, please supply the name and relationship of the person for whom you are complaining:  
Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  
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 the third party. \_\_\_\_ (Yes) \_\_\_\_ (No)

**SECTION 3"**

I believe the discrimination I experienced was based on (check all that apply):  
\_\_\_\_ Race \_\_\_\_ Color \_\_\_\_ National Origin  
Date and Place of Occurrence: \_\_\_\_\_  
Name (s) and Title(s) of the person (s) who I believe discriminated against me:

\_\_\_\_\_  
The action or decision which caused me to believe I was discriminated against is as follows:  
*(Please include a description of what happened and how your benefits were denied, delayed or affected):*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Please list any and all witnesses' names and phone numbers:

\_\_\_\_\_  
What type of corrective action would you like to see taken?  
\_\_\_\_\_





**SECTION 4:**

Have you previously filed a Title VI complaint with this agency? \_\_\_\_ (Yes) \_\_\_\_ (No)

**SECTION 5:**

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 Number: \_\_\_\_\_

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

I believe the above information is true and correct to the best of my knowledge.

Signature and date required below:

\_\_\_\_\_  
Printed Name

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

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

Sharp HealthCare Transportation Department  
Attn: Title VI Fleet Manager  
8695 Spectrum Center Court  
San Diego, CA 92123



## Appendix C: Formulario de Quejas del Título VI

Sección 601 del Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1964 establece que "Ninguna persona en los Estados Unidos, por motivos de raza, color u origen nacional, ser excluida de participar en, ser negado los beneficios de, o ser sometido a la discriminación bajo cualquier programa o actividad que reciba asistencia federal. "Si usted siente que ha sido discriminado, por favor proporcione la siguiente información con el fin de asistir al Centro de Ancianos Willits en el procesamiento de su queja.

### SECCIÓN 1 (Por favor escriba claramente):

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo)  
Requisitos de \_\_\_\_ (Tipografía grande) \_\_\_\_ (Cinta de audio) \_\_\_\_ (TDD) \_\_\_\_ (Otros)

### SECCION 2

¿Está usted presentando esta queja en su propio nombre? \_\_\_\_ (Sí) \_\_\_\_ (No)  
Si usted sí a esta pregunta, pase a la Sección 3.  
Si no es así, por favor proporcione el nombre y la relación de la persona a la que usted se queja:  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Por favor, explique por qué usted ha presentado para un tercero: \_\_\_\_\_  
Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte perjudicada, si usted está presentando en nombre de la tercera parte. \_\_\_\_ (Sí) \_\_\_\_ (No)

### SECCIÓN 3

Creo que la discriminación que experimenté fue basada en (marque todo lo que corresponda):  
\_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Color \_\_\_\_\_ Origen Nacional  
Fecha y lugar del accidente: \_\_\_\_\_  
Nombre (s) y cargo (s) de la persona (s) que creo que me discriminó: \_\_\_\_\_  
La acción o que me hizo creer que fui discriminado es el siguiente:  
(Por favor, ya una descripción de lo que pasó y cómo se les negaba sus beneficios, retraso o afectados):

---



Por favor escriba los nombres de todas y todos los testigos y los de teléfono:  
¿Qué tipo de acción le gustaría que se tomar?

---

**SECCIÓN 4**

¿Ha presentado anteriormente una queja del Título VI con esta agencia? \_\_\_\_ (Sí) \_\_\_\_ (No)

**SECCIÓN 5**

¿Ha presentado esta queja con cualquier otro federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal? \_\_\_\_ (Sí) \_\_\_\_ (No)

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

Agencia Federal \_\_\_\_ Tribunal Federal \_\_\_\_ Agencia Estatal \_\_\_\_ Tribunal Estatal \_\_\_\_ Agencia Local \_\_\_\_

Sírvanse proporcionar información acerca de una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se la queja.

Nombre: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

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

Creo que la información anterior es verdadera y correcta a lo de mi conocimiento.

Firma y fecha requerida a continuación:

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Firma

---

Fecha

Por favor, envíe este formulario en persona en la dirección indicada más abajo o envíe por correo este formulario a:

Sharp HealthCare Transportation Department  
Attn: Title VI Fleet Manager  
8695 Spectrum Center Court  
San Diego, CA 92123