

## 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 Programa de Transporte de Sharp 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 Gerente de Flota Titulo VI 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. Las quejas deben presentarse dentro de los 180 días posteriores al supuesto incidente.
  - 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 los cientos ochenta (180) días calendario del supuesto incidente.
  - 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 Sharp HealthCare cometió discriminación en contra de una o más personas con relación a Programa de Transporte de Sharp y ya ha intentó resolver su reclamo de manera informal con Sharp HealthCare sin tener éxito, por favor, complete en su totalidad este formulario con tinta negra o a máquina. Firmelo 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 Sharp HealthCare.

Los materiales de están disponibles en otros idiomas. Para hacer una solicitud, llame al (619) 740-3077 para información.

### **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

---