



2nd Chance Community Health Services, Inc
1541 Port St. Lucie Boulevard, Suite H
Port St. Lucie, FL 34952

Title VI Program

Complaint Procedure

Any person who believes he or she has been discriminated against on the basis of race, color, or national origin by 2nd Chance Community Health Services, Inc. may file a Title VI complaint by completing and submitting the agency's Title VI Complaint Form. Complaints can also be submitted by phone at 772-335-0166 or email to Natoya Brown at natoyabrown@2ndchancemhc.com. 2nd Chance Community Health Services, Inc. investigates complaints received no more than 180 days after the alleged incident. 2nd Chance Community Health Services, Inc. will only process complaints that are complete. To be considered complete, complainants must, at a minimum, include their name, contact information, date of alleged incident, and a description of the incident.

Once the complaint is received, 2nd Chance Community Health Services, Inc. will review it to determine if our office has jurisdiction. The complainant will receive an acknowledgement letter informing him/her whether the complaint will be investigated by our office.

2nd Chance Community Health Services, Inc. has ninety (90) days to investigate the complaint. If more information is needed to resolve the case, 2nd Chance Community Health Services, Inc. may contact the complainant. The complainant has ten (10) business 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 ten (10) business days 2nd Chance Community Health Services, Inc. can administratively close the case. A case can also be administratively closed if the complainant no longer wishes to pursue their case.

After the investigator reviews the complaint, she/he will issue one of two letters to the complainant: a closure letter or a 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. A 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 seven (7) days to do so from the time he/she receives the closure letter or the LOF.

The complaint procedures and forms will be made available to the public at 2nd Chance Community Health Services, Inc. upon request.

Title VI Program

Complaint Form

Section I:				
Name:				
Address:				
Telephone (Home):			Telephone (Work):	
Electronic Mail Address:				
Accessible Format Requirements?	Large Print		Audio Tape	
	TDD		Other	
Section II:				
Are you filing this complaint on your own behalf?			Yes*	No
*If you answered "yes" to this question, go to Section III.				
If not, please supply the name and relationship of the person for whom you are complaining:				
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 a third party.			Yes	No
Section III:				
I believe the discrimination I experienced was based on (check all that apply):				
<input type="checkbox"/> Race	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> National Origin	<input type="checkbox"/> Age	
<input type="checkbox"/> Disability	<input type="checkbox"/> Family or Religious Status	<input type="checkbox"/> Other (explain)		

Date of Alleged Discrimination (Month, Day, Year): _____				
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				
Have you previously filed a Title VI complaint with this agency?			Yes	No

Title VI Program

Complaint Procedure in Spanish

Después de que el investigador revisa la queja, se emitirá una notificación escrita al demandante: una carta para finalizar el caso o una carta de hallazgo (LOF). Una carta finalizando el caso resumirá las alegaciones y afirmará que no había una violación del Título VI y que el caso será cerrado. Una carta de hallazgo (LOF) resume las alegaciones y la información tocante al alegado incidente, y explica si una acción disciplinaria, entrenamiento adicional del funcionario u otra acción ocurrirá. Si el demandante desea apelar la decisión, tiene 10 días después de la fecha de la carta o la LOF para hacerlo.

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

Es la póliza de 2nd Chance Community Health Services, Inc que si algún grupo lingüístico que tenga Dominio Limitado del Inglés (LEP) alcanza cinco por ciento o 1.000 personas de la población total (a partir de datos del censo), ofreceremos servicios de traducción orales libres. De la misma manera, se proporcionarán documentos vitales en el idioma correspondiente (cuando sea necesario). El área de servicio del Condado de

Gadsden contiene más de 1.000 personas que hablan Inglés "Menos que Muy Bien". Por lo tanto, dispondremos de empleados de tiempo completo que hablan el idioma de LEP más común, español, para servicios de traducción cuando sea necesario. Además, nuestros conductores de autobuses de ruta fija desviados tienen acceso a la traducción en español a las frases comunes en sus vehículos para ayudar con la comunicación con los pasajeros de habla hispana. Del mismo modo, información, tales como aumentos de tarifas se publican dentro de los vehículos en Inglés y en Español.

Title VI Program

Complaint Form in Spanish

Sección I:		
Nombre:		
Dirección:		
Teléfono (Residencial):	Teléfono Secundario(Opcional):	
Correo Electrónico:		
Sección II:		
¿Está usted presentando esta queja en nombre propio?	Sí*	No
<i>*Si usted ha contestado "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.</i>		
Si su respuesta es "no", por favor provea el nombre y relación con la persona para la cual usted presenta la queja.		
Por favor explique la razón que usted presenta esta queja en nombre de otra persona: _____		
Si usted está presentando una queja de parte de otra persona, por favor confirme que usted ha obtenido el permiso de la persona perjudicada.	Sí	No
Sección III:		
Creo que la discriminación de la que fui objeto se basó en (marque todos que correspondan):		
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Colór <input type="checkbox"/> Orígen Nacional		
Fecha de la supuesta discriminación (Mes, Día, Año): _____		
Explique lo más claro posible que lo que sucedió y por qué usted cree que fue objeto de discriminación. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre e información de contacto de la(s) persona(s) que lo discriminaron (si los conoce) así como los nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, por favor use la parte del dorso lado del formulario o adjunte hojas adicionales.		
_____ _____		
Sección IV:		
¿Ha presentado anteriormente una queja del Título VI con 2nd Chance Community Health Services, Inc.?	Sí	No

Sección V:

¿Ha presentado una queja ante otra agencia Federal, Estatal, Local, o ante cualquier otra agencia Federal o Corte Estatal?

Sí No

Si usted contesta que "sí", marque todas las opciones que correspondan:

Agencia Federal: _____

Corte Federal _____

Corte Estatal _____

Agencia Estatal _____

Agencia Local _____

Favor de proporcionar la información acerca de una persona de contacto en la agencia donde se presentó la queja.

Nombre: _____

Posición: _____

Agencia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Sección VI:

Nombre de la Agencia de Tránsito contra la que se presenta la queja: _____

Persona de contacto: _____

Posición: _____

Teléfono: _____

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que usted considere pertinente para su queja.

Se requiere firma y fecha abajo para completar este formulario:

Firma

Fecha

Favor de presentar este formulario en persona o enviarlo por correo a la siguiente dirección:

2nd Chance Community Health Services, Inc
Natoya Brown, Title VI Liaison
1541 SE Port Saint Lucie Blvd. Ste H
Port Saint Lucie, FL 34952

Title VI Program

Complaint Procedure in French Creole

Fason pou nou pote plent

Nenpot moun ki santi l te diskrimine akòz ras li, koule l oubyen nasyonalite l bo kote 2nd Chance Community Health Services, Inc ta dwe pote plent sou baz atik VI konpayi a le l konplete epi remet fomile VI la bay konpayi a. Yo ka pote plent tou nan telefon nimewo a se (772) 335-0166, ekstansyon 107 oubyen pa mwayen entenet nan www.2ndchancemhc.com. Pou 2nd Chance Community Health Services, Inc mennen investigasyon sou yon plent yo te resevwa, li pa dwe depase 180 jou depi ensidan an te pase. Se selman plent konple yo 2nd Chance Community Health Services, Inc pral envestige. Pou plent la ka konple, moun k ap fe l la ta dwe omwens mete non l, telefon li, dat ensidan te pase, epi bay detay sou sa k te pase a.

Yon fwa nou fin resevwa plent la, 2nd Chance Community Health Services, Inc pral revize ka a pou yo konnen si biwo yo a gen jiridiksyon sou li. Moun ki te depeze plent la pral resevwa yon let pou fe l konnen si biwo nou an pral envestige ka a.

2nd Chance Community Health Services, Inc gen katrevendis (90) jou pou yo envestige plent la. Si yo bezwen plis enfomasyon pou yo rezoud ka a, 2nd Chance Community Health Services, Inc ka kontakte moun ki te depeze plent la. Moun ki depeze plent la gen dis jou (10) travay pou l voye enfomasyon yo mande l la bay moun k ap envestige ka a. Si moun ki depeze plent la pa kontakte envestigate a oubyen l pa resevwa enfomasyon l bezwen an nan dis jou (10) travay, 2nd Chance Community Health Services, Inc ka femen ka a administrativman. Yo ka femen ka a administrativman tou si moun ki depeze plent la pa de-sisde pouswiv ka a.

Aprè envestigate a fin revize plent la, l ap voye youn nan de let sa yo bay moun ki te depeze plent la: yon let pou femen ka a oubyen yon let ki gen rezilta ka a ladan l (LOF). Let femti a gen ladan l rezime tout akizasyon yo epi l fe konnen pa gen vyolasyon atik VI la donk ka a femen. Let (rezilta a) LOF la fe yon rezime tout akizasyon ak entevyou yo te fe sou ensidan ki te pase a, epi l eksplike kelkeswa aksyon disipline, fomasyon siplemante manm pesonel la oubyen nenpot lot aksyon yo ta deside fe. si moun ki te pote plent la vle fe yon apel kont desizyon sa ,li gen set (7)jou pou l fe sa depi le l te resevwa let LOF la.

Fason pou yo fe l ak fomile pou yo pote plent yo pral disponib pou piblik la sou sit entenet 2nd Chance Community Health Services, Inc la nan www.2ndchancemhc.com. Si yo bezwen enfomasyon nan yon lot lang, kontakte Natoya Brown, Title VI Contact , Direktris operasyon yo nan (772) 335-0166.

Title VI Program

Complaint Form in French Creole

Fòm Plent Tit VI

Seksyon I:				
Non:				
Adrès:				
Telefòn (Kay):			Telefòn (Travay)	
Adrès Imèl:				
Èske ou bezwen fòma aksesib?	Gwo Lèt		Kasèt	
	TDD		Lèt	
Seksyon II:				
Èske w ap depoze plent sa a pou tèt ou?			Wi*	Non
*Si ou te reponn "wi" pou kesyon sa a, ale sou seksyon III.				
Si se non, tanpri bay non moun w ap pote plent pou li ak sa li ye pou ou:				
Tanpri eksplike poukisa w ap depoze plent la pou yon lòt moun: _____				
Tanpri konfime si ou te gen pèmasyon pou ki gen pwoblèm w ap depoze plent pou li a.			Wi	Non
Seksyon III:				
Mwen kwè diskriminasyon mwen te viv la te fè pou (chwazi tout rezon yo):				
<input type="checkbox"/> Ras	<input type="checkbox"/> Koulè	<input type="checkbox"/> Orijin Nasyonal	<input type="checkbox"/> Laj	
<input type="checkbox"/> Andikap	<input type="checkbox"/> Sitiyasyon Familyal ou Relijye		<input type="checkbox"/> Lòt Eksplike _____	
Dat Diskriminasyon w ap akize a te fèt (Mwa, Jou, Ane): _____				
Eksplike byen klè mezi li posib kisa ki te pase ak poukisa pou panse yo te fè diskriminasyon kont ou. Dekri tout moun ki te enplike yo. Mete non ak enfòmasyon pou kontakte moun ki te fè diskriminasyon kont ou a (si ou konnen) ansanm ak non ak enfòmasyon pou kontakte nenpòt temwen. Si ou bezwen plis plas, itilize do fòm sa a. _____ _____				
Seksyon IV				
Eksè ou depoze yon plent Tit VI ak ajans sa a deja?			Wi	Non

Seksyon V	
Èske ou depoze plent sa a ak okenn lòt ajans Federal, Eta, oswa lokal, oswa nenpòt lòt tribinal Federal oswa Eta?	
<input type="checkbox"/> Wi	<input type="checkbox"/> Non

Si se wi, chwazi tout sa ou te kontakte:	
<input type="checkbox"/> Ajans Federal:	
<input type="checkbox"/> Tribinal Federal	<input type="checkbox"/> Ajans Eta
<input type="checkbox"/> Tribinal Eta	<input type="checkbox"/> Ajans Lokal
Tanpri bay enfòmasyon sou yon kontak nan ajans/tribinal ou te depoze plent la.	
Non:	
Tit:	
Ajans:	
Adrès:	
Telefòn:	
Seksyon VI	
Non ajans w ap pote plent kont li a:	
Moun pou kontakte:	
Tit:	
Nimewo telefòn:	

Ou kapab kote nenpòt dokiman ekri osa lòt enfòmasyon pou panse enpòtan pou plent ou a.

Ou oblije mete siyati ak dat pi ba a.

Siyati

Dat

Tanpri remèt fò sa a an pèsòn nan adrès ki pi ba a, oswa poste li bay:

2nd Chance Community Health Services, Inc, Attn: Natoya Brown, Title VI Contact
 1541 SE Port Saint Lucie Blvd, Ste H., Port Saint Lucie, FL 34952