

Section 4: Non-Discrimination Complaint Procedure

The **Lafayette Council on Aging's** Non-Discrimination Complaint Procedure is made available in the following locations:

- Agency website, if available: www.laf-coa.org
- Hard copy in the central office
- Agency Title VI Plan

Any individual, group of individuals or entity that believes they have been discriminated against on the basis of race, color, national origin or disability by the **Lafayette Council on Aging** may file a non-discrimination complaint by completing and submitting the agency's non-discrimination Complaint Form. File initial complaint with **LaKisha L. Varner** at **Lafayette Council on Aging**.

Any individual having filed a complaint or participated in the investigation of a complaint shall not be subjected to any form of intimidation or retaliation. Individuals who have cause to think that they have been subjected to intimidation or retaliation can file a complaint of retaliation following the same procedure for filing a discrimination complaint.

A complaint must be filed with the **Lafayette Council on Aging** no later than 180 days after the following:

1. The date of the alleged act of discrimination; or
2. The date when the person(s) became aware of the alleged discrimination; or
3. Where there has been a continuing course of conduct, the date on which that conduct was discontinued of the latest instance of the conduct.

Once the complaint is received, the **Lafayette Council on Aging** will review it to determine if our office has jurisdiction. (A copy of each non-discrimination complaint received will be forwarded to the Louisiana Department of Transportation and Development within ten (10) calendar days of receipt.) The complainant will receive an acknowledgement letter informing her/him whether the complaint will be investigated by our office.

The **Lafayette Council on Aging** has 45 days to investigate the complaint. If more information is needed to resolve the case, the **Lafayette Council on Aging** may contact the complainant.

After the investigator reviews the complaint, she/he will issue one of two (2) 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 or other discriminatory violation and that the case will be closed.
- ✓ A letter of finding (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 180 days after the date of the letter or the letter of finding to do so. A person may also file a complaint directly with the: Louisiana Department of Transportation, Attn: Cynthia Douglas, 1201 Capitol Access Road, Baton Rouge, LA 70804.

LADOTD will analyze the facts of the case and will issue its conclusion to the appellant within 60 days of the receipt of the appeal.

If information is needed in another language, contact **337-262-5990**.

Lafayette Council on Aging, 160 Industrial Parkway, Lafayette, LA 70508
LaKisha L. Varner, Executive Director

Procedimiento de Queja sin discriminación

El Formulario de queja por discriminación del **Lafayette Council on Aging**

- Pagina web de la agencia
- Copia impresa localizada en la oficina central
- Título IV corresponde a la agencia

Cualquier persona, grupo de individuos o entidad que crea haber sido objeto de discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad o discapacidad por el nombre de la agencia puede presentar la queja llenando y enviando este formulario de queja por discriminación a la agencia correspondiente. (Este documento debe ser enviado a la dirección. Presente la queja inicial con **LaKisha L. Varner** en **Lafayette Council on Aging**.)

Cualquier individuo que haya presentado o participado en la investigación de alguna queja no debe ser sujeto a ninguna forma de intimidación o represalia. Aquel individuo que considere que haya sido sujeto a intimidación o represalias puede llenar un formulario de queja para represalias siguiendo este mismo procedimiento.

Esta queja deberá ser presentada a la Oficina de Programas de Cumplimiento del **Lafayette Council on Aging** en un periodo de no más de 180 días después de lo siguiente:

1. La fecha del presunto acto de discriminación
2. La fecha en la que la persona (s) se percataron del presunto acto de discriminación
3. Cuando se ha detectado que el acto de discriminación se ha convertido en una conducta repetitiva. En estos casos se incluiría la fecha del último acontecimiento.

Una vez que se reciba la queja, la oficina de **Lafayette Council on Aging** lo revisará para determinar si nuestra oficina tiene jurisdicción. El demandante recibirá una carta de notificación comunicándole si la queja será investigada por nuestra oficina.

El/La coordinadora de la oficina de **Lafayette Council on Aging** tendrá 45 días para investigar la queja. Si se necesita más información para resolver el caso, el (la) Coordinador (a) podría contactar al demandante.

Después de que el (la) Coordinador revise la queja, emitirá una de dos (2) cartas al demandante

- Una carta de cierre resumiendo las alegaciones del caso en la cual indicará que no hubo una violación de discriminación y por tal motivo el caso será cerrado.
- Una carta de hallazgo resumiendo las alegaciones y las entrevistas sobre el supuesto incidente en esta misma carta se le explicará al demandante si se llevará a cabo alguna acción disciplinaria, entrenamiento adicional al personal o se tomará alguna otra acción necesaria.

Si el demandante desea apelar la decisión, el tendrá 180 días después de la fecha marcada en la carta de cierre o de la carta de hallazgo para hacerlo. El/La Coordinador, Cynthia Douglas (225) 379-1923.

Título VI / ADA analizará los hechos del caso y emitirá su conclusión al apelante en un periodo de 60 días después de haber recibido la apelación.

Si necesita información en otro idioma, póngase en contacto con 337-262-5990.

Lafayette Council on Aging, 160 Industrial Parkway, Lafayette, LA 70508

LaKisha L. Varner, Executive Director

Section 5: Non-discriminación Complaint Form

Section I:			
Name:			
Address:			
Telephone (Home):		Telephone (Work):	
Email 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"/> Disability			
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 non-discrimination complaint with this agency?		Yes	No
Section V			
Have you filed this complaint with any other Federal, State, or local agency, or with any Federal or State court?			
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
If yes, check all that apply:			
<input type="checkbox"/> Federal Agency: _____			
<input type="checkbox"/> Federal Court _____		<input type="checkbox"/> State Agency _____	
<input type="checkbox"/> State Court _____		<input type="checkbox"/> Local Agency _____	

Please provide information about a contact person at the agency/court where the complaint was filed.
Name:
Title:
Agency:
Address:
Telephone:
Section VI
Name of agency complaint is against:
Contact person:
Title:
Telephone number:

You may attach any written materials or other information that you think is relevant to your complaint.
Signature and date required below

Signature

Date

If information is needed in another language, contact **337-262-5990**.
Please submit this form in person at the address below, or mail this form to:

Lafayette Council on Aging
LaKisha L. Varner, Executive Director
160 Industrial Parkway, Lafayette, LA 70508

**Procedimiento de Queja Título No Discriminación for
Lafayette Council on Aging**

Sección I:	
Nombre: _____	
Dirección: _____	
Teléfono (Casa/Celular): _____	Teléfono (Trabajo): _____
Dirección de correo electrónico: _____	
Sección II:	
¿Está usted presentando esta queja personalmente: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
* Si usted contestó "sí" a esta pregunta, pase a la Sección III.	
Si su respuesta es "no", por favor escribe el nombre y la relación de la persona que está presentando la queja en contra:	Nombre: _____ Relación: _____
Si usted está presentando una queja de parte de otra persona, por favor, explica porqué en el siguiente espacio:	
¿Se ha obtenido el permiso de la parte perjudicada, si usted está presentando en nombre de un tercero: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Sección III:	
Creo que la discriminación que experimenté fue basado en (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional <input type="checkbox"/> Discapacidad	
Fecha de la discriminación alegada (Mes, Día, Año):	Date: _____
Explique, lo más claramente posible, lo que sucedió y porqué usted cree que fue discriminado. Describe todas las personas involucradas. Incluye el nombre y la información de contacto de la persona (s) que lo discriminó (si se conoce), así como los nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, adjunte hojas adicionales a este formulario:	
Sección IV	

Ha previamente presentado una queja del discriminación con el Lafayette Council on Aging
Sí No

Sección V

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

En caso afirmativo, marque el nombre de todas las que correspondan:

- Agencia Federal: _____
- Tribunal Federal: _____
- Agencia Estatal: _____
- Tribunal Estatal: _____
- Agencia local : _____

Sírvanse proporcionar información acerca de una persona de contacto en la corte / entidad donde se presentó la queja.

Nombre: _____

Título: _____

Agencia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Sección VI

Nombre de la agencia/compañía de queja es contra: _____

Persona de contacto: _____

Título: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

Fecha: _____

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

Firma y fecha requeridas a continuación

Firma

Fecha

Si se necesita información en otro idioma, póngase en contacto con **337-262-5990**.

Envíe este formulario en persona a la dirección que aparece a continuación, o envíe este formulario por correo a:

Lafayette Council on Aging
LaKisha L. Varner, Executive Director
160 Industrial Parkway, Lafayette, LA 70508