

## TITLE VI – COMPLAINT FORM

Este formulario puede ser utilizado para presentar una queja ante el Área de Estudio de Transporte Washtenaw (WATS) para violaciones presunta del Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964. Si necesita ayuda para completar este formulario debido a un impedimento físico o por otras razones, por favor póngase en contacto con nosotros por teléfono (734) 994-3127 o por fax (734) 994-3129 o TDD / TTY a través del Centro de Relevos de Michigan al (800) 649-3777.

**Sólo el querellante o el representante designado por el demandante debe completar este formulario.**

NOMBRE

---

DIRECCIÓN

---

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO DE LA CASA

TELÉFONO DE TRABAJO

FAX

---

**Persona(s) que la discriminación que sufren, si es diferente del anterior (usa página(s) adicionales si es necesario):**

NOMBRE

---

DIRECCIÓN

---

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO DE LA CASA

TELÉFONO DE TRABAJO

FAX

---

POR FAVOR EXPLIQUE SU RELACIÓN CON EL INDIVIDUO(S) INDICADOS ANTERIORMENTE

---

**Nombre de la agencia y departamento o programa que discrimina:**

NOMBRE

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO

FAX

**Fecha(s) de la supuesta discriminación:**

DISCRIMINACIÓN FECHA DE INICIO

ÚLTIMA FECHA O LA MÁS RECIENTE DISCRIMINACIÓN

**Supuesta discriminación:**

Las quejas deben ser presentadas dentro de 180 días de la supuesta discriminación. Si no sería razonable esperar a conocer el acto discriminatorio en el plazo de 180 días, usted tiene 60 días después de que usted se dio cuenta de su queja.

Si su queja es entre la que respecta a la discriminación en la prestación de servicios o la discriminación que implicaba el tratamiento de usted o de otros por la agencia o departamento se ha indicado anteriormente, indique a continuación las bases sobre las que usted cree que estas acciones discriminatorias fueron tomadas.

Ejemplo: Si usted cree que usted fue víctima de discriminación porque son afro-americanos, que se marca la casilla de raza / color y escribir afroamericano en el espacio.

Ejemplo: Si usted cree que ocurrió la discriminación, porque usted es mujer, que le marca la casilla del sexo femenino y escribir en el espacio.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Raza / Color _____   | <input type="checkbox"/> Religión _____     |
| <input type="checkbox"/> País de origen _____ | <input type="checkbox"/> Edad _____         |
| <input type="checkbox"/> Género _____         | <input type="checkbox"/> Discapacidad _____ |

**Explica:**

Por favor explique lo más claramente posible lo que pasó. Proporcionar el nombre (s) de los testigos y otras personas involucradas en la supuesta discriminación. (Adjunte hojas adicionales si es necesario y proporcionar una copia de los materiales escritos relacionados con su caso.)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

FIRMA	FECHA
-------	-------

*Nota: Las leyes puestas por este departamento prohíben las represalias o intimidación en contra de nadie, porque esa persona ha actuado bien o participado en acciones para garantizar los derechos protegidos por estas leyes. Si usted experimenta represalia o intimidación aparte de la discriminación alegada en la queja, o si tiene alguna pregunta acerca de la finalización de esta forma, por favor póngase en contacto con:*

*Nick Sapkiewicz, Title VI Coordinador  
Washtenaw Area Transportation Study  
705 N. Zeeb  
Ann Arbor, MI 48103  
Número de teléfono (734) 994-3127  
Número de fax: (734) 994-3129  
E-mail: [sapkiewiczn@mivats.org](mailto:sapkiewiczn@mivats.org)*