

AAMPO Título VI Formulario de Queja

El Albany Area MPO (AAMPO), como recipiente de asistencia financiera federal, requiere asegurar que todas sus actividades y los beneficios de estas actividades se lleven a cabo de una manera consistente con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, según enmendada. Cualquier persona que cree que él o ella ha sido objeto de discriminación bajo cualquiera de los programas o actividades de AAMPO en base a su raza, color, nacionalidad, dominio limitado del Inglés, sexo, ingresos, edad o discapacidad puede presentar una queja por escrito con el MPO.

Demandante

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Número Telefónico _____

Persona discriminada (si es distinta de la demandante)

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Número Telefónico _____

Fue discriminado por su:

- | | |
|-------------|-----------------------------|
| Raza | Origen Nacional |
| Color | Edad |
| Sexo | Discapacidad |
| Ingresos | Dominio limitado del Inglés |
| Otro: _____ | |

Fecha y hora del incidente Supuesta: _____

Por favor explique lo más claramente posible lo que pasó y cómo fue discriminado/a. Indique quien estuvo involucrado y cualquier proyecto del MPO, planes o programas que pueden haber llevado a la situación que está describiendo. Asegúrese de incluir los nombres e información de contacto con los testigos. Si se necesita más espacio, por favor utilice hojas adicionales.

¿Ha presentado esta queja con cualquier otra agencia federal, estatal o local, o con cualquier corte? Si _____ No _____

En caso afirmativo, comprobar e identificar todo lo que corresponda:

Agencia Federal: _____

Corte Federal: _____

Agencia Estatal: _____

Corte Estatal: _____

Agencia Local: _____

Por favor proporcionar información para una persona de contacto en la Agencia tribunal donde se presentó la queja.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Por favor firme abajo. Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información adicional cual considere pertinente a su queja.

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor, envíe este formulario firmado y cualquier archivo adjunto a:

Coordinador Albany Area MPO Título VI

Oregon Cascades West Council of Governments

1400 Queen Ave SE, Suite 205