



Formulario de Queja Del Título VI

Sección I:				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono (Casa):			Teléfono (Trabajo):	
Correo Electrónico:				
Requisitos de Formato Accesible?	Letra Grande		Tasa de Audio	
	TDD		Otro	
Sección II:				
¿Está prestando esta queja en su propio nombre?				
*Si respondió "si" a esta pregunta, pase a la Sección III.				
De lo contrario, proporcione el nombre y la relación de la persona por la que presenta la queja:				
Explique por qué ha solicitado a un tercero:				
Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si presenta la solicitud en nombre de un tercero.			Si	
Sección III:				
Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda):				
[] Raza [] Color [] Origen Nacional				
Fecha de la supuesta discriminación. (Mes, Día, Año):				
Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado.				
Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la (s) persona quién lo discriminó (si se sabe), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario.				
Sección IV				
¿Ha presentado previamente una queja del Título VI con esta agencia?			Si	
Sección V				



<p>¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo marque todo lo que corresponda:</p> <p><input type="checkbox"/> Agencia Federal:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Corte Federal _____ <input type="checkbox"/> Agencia del Estado </p> <p><input type="checkbox"/> Corte Estatal <input type="checkbox"/> Agencia Local</p>	
<p>Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la queja.</p>	
Nombre:	
Título	
Agencia •	
Dirección:	
Teléfono:	
Sección VI	
Nombre de la agencia en la que se presenta la queja:	
Persona de Contacto:	
Título:	
Número de Teléfono:	

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

Firma y fechas requeridas a continuaciones

Firma

Fecha

Envíe este formulario en persona a la dirección a continuación, o envíe este formulario para correo a:
 Director of Transportación
 400 Commerce Dr. SE
 Kasson, MN 55944