

BROWARD METROPOLITAN PLANNING ORGANIZATION
Organización de Planificación Metropolitana de Broward (MPO)

COMPLAINT OF TITLE VI DISCRIMINATION
Formulario de queja de discriminación por el Título VI

The Broward MPO, as a recipient of federal financial assistance, is required to ensure that its transit service and related benefits are distributed in a manner consistent with Title VI of the Civil Rights Acts of 1964, as amended.

La Organización de Planificación Metropolitana de Broward (MPO), como recipiente de ayuda financiera federal, es requerida a asegurar que el servicio de transporte público y sus servicios relacionados son distribuidos de una manera consistente con el Título VI del Acta de Derechos Civiles del 1964, con sus enmiendas.

Any person who believes that he or she, individually or as a member of any specific class of persons, has been subjected to discrimination under Title VI, on the basis of race, color, or national origin, may file a written complaint with the Broward MPO.

Si usted cree que, individualmente o como parte de una clase específica de personas, ha sido discriminado bajo el Título VI, basado en su raza, color, o nacionalidad, puede presentar una queja por escrito al Broward MPO.

We are asking for the following information to assist us in processing your complaint. If you need help in completing this form, please let us know.

Le pedimos la siguiente información para poder tramitar su queja. Si necesita ayuda para llenar este formulario, póngase en contacto con el Broward MPO.

1. Complainant
Reclamante

Name: _____
Nombre:

Street Address: _____
Dirección:

City, State, Zip Code: _____
Ciudad, estado, código postal:

Telephone: _____
Nº de teléfono:

E-mail Address: _____
Dirección de Correo Electrónico:

2. Person discriminated against (if someone other than the complainant):

Persona que fue discriminada, si no es la misma que el reclamante:

Name: _____

Nombre:

Street Address: _____

Dirección:

City, State, Zip Code: _____

Ciudad, estado, código postal:

Tel. Home Number: _____ Bus. Number _____

Nº de teléfono: Domicilio:

Trabajo:

E-mail Address: _____

Dirección de Correo Electrónico:

3. Are you represented by an attorney for this complaint?

¿Tiene usted representación de un(a) abogado(a) con relación al asunto de su queja?

Yes _____
Sí

No _____
No

If yes, please complete the following:

Si tiene abogado(a), provea la siguiente información:

Attorney's Name: _____

Nombre del abogado(a):

Street Address: _____

Dirección:

City, State, Zip Code: _____

Ciudad, estado, código postal:

Telephone Number: _____

Nº de teléfono:

4. Which of the following best describes the reason you believe the discrimination took place:

Según lo que cree usted, ¿en qué se basaron esas acciones discriminatorias?

Race _____ Color _____ National Origin _____

Raza

Color

Nacionalidad

Sex _____ Disability _____ Sexual Orientation _____

Sexo

Incapacidad/impedimento

Orientación sexual

Political Affiliation _____

Afiliación política

Marital Status _____

Estado civil

5. Date of the alleged discrimination: _____

Fecha de la supuesta discriminación:

6. In the space below, please describe the alleged discrimination. Explain what happened and who you believe was responsible.

Por favor describa abajo el supuesto acto de discriminación. Explique lo más claro posible lo que pasó y quien usted piensa es el responsable por el supuesto acto.

7. Have you filed a complaint of the alleged discrimination with a federal, state or local agency; or with a state or federal court?

¿Ha presentado usted (o la persona que fue discriminada) la queja ante una agencia del gobierno federal, estatal o local? ¿O ante la corte estatal o federal?

Yes _____
Sí

No _____
No

If yes, check all that apply:

Si es así, indique a qué agencia, departamento o programa fue presentada la queja. Incluya todos los que apliquen:

Federal _____
Federal

Federal Court _____
La corte federal

State _____
Estatad

State Court _____
La corte estatal

Local _____
Local

Please provide the name of the Agency where you filed your complaint.

¿Ante qué agencia usted presentó la queja?

Name: _____
Nombre:

Contact Person: _____
Nombre del investigador o representante:

Please sign below. You may attach any additional information you think is relevant to your complaint.

Por favor, firme el formulario. Adjunte cualquier información adicional usted cree que es pertinente con su queja.

Signature of Complainant

Firma del reclamante

Date

Fecha

Submit your signed complaint and any attachments to:

Entregue el formulario con su firma y páginas adicionales a:

Broward Metropolitan Planning Organization
Carl Ema, Administrative Services Manager/Title VI Coordinator
100 West Cypress Creek Road, Suite 650
Fort Lauderdale, FL 33309
Telephone/Llame (954) 876 0033