

## **Formulario de denuncia del Título VI**



### **Información del querellante:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección de la calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado/Provincia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono (casa): \_\_\_\_\_

Teléfono (trabaja): \_\_\_\_\_

### **Persona(s) discriminada(s), si es diferente de la anterior:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección de la calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado/Provincia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono (casa): \_\_\_\_\_

Teléfono (trabaja): \_\_\_\_\_

### **Nombre del organismo, departamento o programa que cree que le ha discriminado:**

Agencia o departamento: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado/Provincia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Creo que la discriminación que sufrí se basó en (marque todo lo que corresponda):**

Raza

Color

Origen nacional

**Fecha de la supuesta discriminación (mes, día, año):**

---

**Con sus propias palabras, describa la supuesta discriminación. Explique lo que ocurrió y quién cree que fue el responsable (añada hojas adicionales para tener más espacio si es necesario).**

---

---

---

---

---

---

---

**Enumere los nombres y la información de contacto de las personas que puedan tener conocimiento de la supuesta discriminación.**

---

---

---

---

---

---

---

**¿Ha presentado esta queja ante algún otro organismo federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal?**

Sí

No

**Si su respuesta es afirmativa, marque todo lo que corresponda.**

Agencia federal

Agencia del Estado

Agencia local

Tribunal Federal

Tribunal del Estado

**Proporcionar información sobre una persona de contacto en el organismo/tribunal donde se presentó la denuncia:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección de la calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado/Provincia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Por favor, firme y feche este formulario de queja. Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información de apoyo que considere relevante para su queja. Importante: La queja no será aceptada si no ha sido firmada.

**Firma del reclamante:** \_\_\_\_\_

**Nombre del reclamante:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Si tiene documentos adicionales que desee incluir, adjúntelos aquí:**

\_\_\_\_\_ Sí

\_\_\_\_\_ No

**Envíe el formulario y cualquier información adicional a:**

Tránsito del área de Knoxville O Puede enviar el formulario a

Coordinador del Título VI

Oficina de Derechos Civiles de la FTA

301 Church Avenue

Edificio Este, 5º Piso-TCR

Knoxville, TN 37915-2590

1200 New Jersey Avenue SE

Teléfono: 865-215-7830

Washington, DC 20590

Fax: 865-215-7820