

FORMA DE QUEJA

Titulo VI Forma de Queja

Sección I					
Nombre:					
Domicilio:					
Teléfono (Casa):			Teléfono (Trabajo):		
Dirección de correo electrónico:					
Requerimientos de formato accesible?	Texto Grande		Audio		
	TDD		Otro		
Sección II					
¿Presenta esta demanda por su cuenta?			Sí*	No	
*Si su respuesta a esta pregunta fue "sí", diríjase a la Sección III.					
Si su respuesta es "no", por favor indique el nombre y la relación de la persona en cuya representación presenta la demanda:					
Por favor explique porqué presenta una demanda en nombre de un tercero:					
Por favor confirme que obtuvo el permiso de la parte agraviada si usted presenta esta demanda en nombre de un tercero.			Sí*	No	
Sección III					
Considero que la discriminación que experimenté se basó en (marque las que correspondan):					
<input type="checkbox"/>	Raza	<input type="checkbox"/>	Color	<input type="checkbox"/>	Origen nacional
Fecha de la discriminación alegada (Mes, día, año): _____					
Explique con la mayor claridad posible qué ocurrió y porqué considera que fue discriminado/a. Describa todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que lo/la discriminaron (si lo sabe) como así también los nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, por favor use la parte posterior de este formulario.					

Sección IV

¿Ya presentó alguna demanda sobre el Título IV con esta agencia?	Sí	No
--	----	----

Sección V

¿Presentó esta demanda ante cualquier otra agencia local, Federal o Estatal o ante cualquier otro tribunal Federal o Estatal?

Sí No

Si respondió "sí", marque lo que corresponda:

Agencia Federal: _____

Tribuna Federal: _____

Agencia Estatal: _____

Tribuna Estatal: _____

Agencia local _____

Por favor brinde información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde presentó la demanda.

Nombre:

Título/Cargo:

Domicilio:

Teléfono:

Sección VI

Nombre de la agencia a la que va dirigida la demanda:

Persona de contacto:

Título/Cargo:

Teléfono:

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante a su Demanda.

A continuación debe colocar su firma y fecha:

Firma

Fecha

Por favor presente este formulario personalmente en la dirección a continuación, o envíelo por correo a:
 El Metro General Manager
 1301 Farragut St., 3rd Floor West
 Laredo, Texas 78040