

# Formulario de Queja d Título VI

## Sección I

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## Sección II

¿Estás presentando esta Queja en su propio nombre?    Sí\*     No     **\*Al ser su respuesta "Sí," favor de pasar a la Sección III**  
Al ser su respuesta "No," favor de proveer el nombre y relación con la persona para la cual usted presenta la queja:

Favor de explicar porque usted ha hecho la presentación para una tercera persona:

\_\_\_\_\_

Si usted está presentando una queja por parte de un tercero, favor de confirmar que usted ha obtenido el permiso de la parte agraviada:    Sí     No

## Sección III

Creo que la discriminación que experimente se baso en:  
*(favor de marcar todos los que apliquen)*    Raza     Color     Origen Nacional

Favor de proveer la(s) fecha(s) y el lugar de la presunta discriminación y, de conocerse, el (los) nombre(s) de la(s) persona(s) quien(es) presuntamente lo discriminaron, incluyendo sus títulos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Favor de proveer el nombre de algún testigo e información de contacto:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Favor de explicar tal breve y claro como posible lo sucedido, como usted siente que usted fue discriminado y quien estuvo involucrado. Favor de incluir como otras personas fueron tratadas de manera diferente a usted:

---

---

### Sección IV

¿Has presentado esta queja antes cualquier otra agencia federal, estatal, local o antes cualquier tribunal federal o estatal?

Sí\*   
No

**\*Al usted responder "Si," favor de indicar todas la que aplican & anote la fecha de presentación**

Agencia Federal: \_\_\_\_\_  
 Agencia Estatal: \_\_\_\_\_  
 Agencia Local: \_\_\_\_\_  
 Tribunal Federal: \_\_\_\_\_  
 Tribunal Estatal: \_\_\_\_\_

Favor de proporcionar la información para la persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presento la queja.

Nombre: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### Sección V

**He revisado la carga anterior y que es fiel a lo mejor de mi conocimiento.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Favor de Escribir Su Nombre en Letra de Molde: \_\_\_\_\_

*Favor de utilizar hojas de papel adicionales al ser necesario e incluya todo material por escrito pertinente a su queja.*

**En persona, correo postal o correo electrónico entregue este formulario a:**

Mr. Matt Fulda, Executive Director  
Connecticut Metropolitan Council of Governments  
1000 Lafayette Boulevard, Suite 925  
Bridgeport, Connecticut 06604  
E-mail: mfulda@ctmetro.org

**MetroCOG proporcionara este formulario a:**

Title VI Coordinator,  
Connecticut Department of Transportation  
2800 Berlin Turnpike  
Newington, CT 06131-7546

*Se puede solicitar asistencia lingüística al contactar el Consejo de Gobiernos Metropolitanos de Connecticut al (203) 366-5405. La asistencia es proveído sin costo al público.*