



**Title VI Discrimination Complaint Form**  
Organización de Planificación Metropolitana (SAWMPO)

<b>Sección I:</b>			
Nombre:			
Dirección:			
Teléfono (Casa):		Teléfono (Trabajo):	
Dirección de Correo Electrónico:			
Requisitos formato accesible?	Letra Grande		Audio Tape
	TDD		Otros
<b>Sección II:</b>			
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?		Si*	No
* Si su respuesta es "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.			
Si no es así, sírvase proporcionar el nombre y la relación de la persona para quien se queja:			
Por favor, explique por qué usted ha presentado para un tercero:			
Por favor, confirma que ha obtenido el permiso de la parte perjudicada, si usted está presentando en nombre de un tercero.		Si	No
<b>Sección III:</b>			
Creo que la discriminación que experimenté fue basado en (marque todo lo que corresponda):			
<input type="checkbox"/> Carrera <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional			
Fecha de la Discriminación Presunta (mes, día, año): _____			
Explique lo más claramente posible lo que pasó y por qué cree que fue discriminado. Describir todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que lo discriminó (si se conoce), así como los nombres y la información de los testigos en contacto. Si se necesita más espacio, por favor use la parte de atrás de este formulario.			
_____			
_____			
<b>Sección IV</b>			
¿Ha presentado previamente una queja del Título VI con esta agencia?		Si	No



<b>Sección V</b>	
¿Ha presentado esta queja con cualquier otro, estatal o agencia local Federal, o con cualquier corte federal o estatal?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:	
<input type="checkbox"/> Agencia Federal _____	
<input type="checkbox"/> Tribunal Federal _____	<input type="checkbox"/> Agencia Estatal _____
<input type="checkbox"/> Tribunal Estatal _____	<input type="checkbox"/> Agencia Local _____
Sírvanse proporcionar información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la denuncia.	
Nombre:	
Título:	
Agencia:	
Dirección:	
Teléfono:	
<b>Sección VI</b>	
Nombre de la agencia de queja es en contra:	
Persona de contacto:	
Título:	
Número de teléfono:	

Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que usted piensa que es relevante para su queja.

Firma y fecha requerida a continuación

---

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

Por favor, envíe este formulario en persona en la dirección indicada más abajo, o envíe este formulario a:

Bonnie S. Riedesel, Título VI Oficial de Cumplimiento  
112 MacTanly Place, Staunton, Virginia, 24401  
Teléfono: 540-885-5174; Email: [bonnie@cspdc.org](mailto:bonnie@cspdc.org)