



Formulario de Queja por Discriminación del Título VI

Lea detenidamente la información en la primera página de este formulario antes de comenzar

1. Nombre, Inicial de segundo nombre, Apellido: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____ Email: _____

2. **¿Quién crees que te discriminó?**

- Nombre, Inicial de segundo nombre, Apellido: _____
Nombre de la empresa/organización: _____
Cargo/Título: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____ Email: _____
Relación de la persona con usted: _____

3. **¿Cuándo ocurrió el presunto acto(s) de discriminación?** Por favor, enumere todas las fechas aplicables en el formato mm/dd/yyyy.

Fechas: _____

¿La presunta discriminación continúa? Si _____ No _____

4. ¿Dónde ocurrió el presunto acto(s) de discriminación? (Adjunte páginas adicionales según sea necesario.)

Nombre de la ubicación: _____

5. Indique la base de su queja de discriminación:

- Raza
- Origen Nacional
- Color

6. Describa en detalle el incidente(s) específico(s) de la base(s) de la supuesta discriminación. Describa cada incidente de discriminación por separado. Adjunte páginas adicionales según sea necesario.

Explique cómo otras personas o grupos fueron tratados de manera diferente por la(s) persona(s)/agencia que lo discriminaron.

Enumere y describa todos los documentos, correos electrónicos u otros registros y materiales relacionados con su reclamo.

Indique e identifique cualquier testigo(s) de los incidentes o personas que tengan conocimiento personal de la información relacionada con su queja.

¿Ha denunciado anteriormente este incidente o actos relacionados de discriminación? De ser así, identifique a la persona a la que hizo el informe, la fecha en que realizó el informe y la resolución. Por favor proporcione cualquier documentación de respaldo.

Por favor proporcione información adicional sobre la supuesta discriminación.

7. Si un asesor lo asistirá en el proceso de reclamo, favor de proporcionar su nombre e información de contacto.

Nombre, Inicial de segundo nombre, Apellido: _____

Nombre de la empresa/organización: _____

Cargo/Título: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Email: _____

8. Este formulario de queja debe estar firmado y fechado para dirigir sus alehatos. Además, esta oficina necesitará su consentimiento para dar a conocer su nombre, si es necesario, en el curso de nuestra investigación. Se adjunta el formulario de Consentimiento/Liberación de quejas por Discriminación. Si está presentando una queja de discriminación en nombre de otra persona, nuestra oficina también necesitará el consentimiento de esta persona.

Yo certifico según mi conocimiento que la información que he proporcionado es precisa y los eventos y circunstancias son tal como los describí. También entiendo que si me ayudará un asesor, mi firma a continuación autoriza a la persona nombrada a recibir copias de la correspondencia pertinente con respecto a la queja y a acompañarme durante la investigación.

Firma: _____ Fecha: _____



**Queja por Discriminación del Título VI
Formulario de Consentimiento/Liberación**

Lea la información en la primera página de este formulario antes de comenzar.

Nombre, Inicial de segundo nombre, Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Como queja, entiendo que en el curso de una investigación puede ser necesario que la Organización de Planificación Metropolitana de El Paso revele mi identidad a personas de la organización o institución bajo investigación. I am also aware of the obligations of the El Paso Metropolitan Planning Organization to comply with the requests under the Freedom of Information Act. Entiendo que como demandante estoy protegido de represalias por haber actuado o participado en acciones para garantizar el derecho protegido por leyes y reglamentos de no discriminación que se aplica por la Administración Federal de Carreteras (FHWA) del Departamento de Transporte de EE.UU.

Por favor marque una opción:

- Yo doy CONSENTIMIENTO y autorizo a la Organización de Planificación Metropolitana de El Paso (EPMPO), como parte de su investigación, a revelar mi identidad a personas de la organización, compañía o institución que he identificado en mi queja formal de discriminación. También autorizo a EPMPO para que reciba y revise materiales e información sobre mí de la misma y con los administradores o testigos apropiados para investigar esta queja. Al hacerlo. He leído y entiendo la información al comienzo de este formulario. También entiendo que el material y la información recibida se usarán solo para actividades autorizadas de cumplimiento de los derechos humanos. Además, entiendo que no estoy obligado a autorizar este lanzamiento, es voluntariamente.
- Yo NIEGO CONSENTIMIENTO a la Organización de Planificación Metropolitana de El Paso (EPMPO), a revelar mi identidad a personas de la organización, compañía o institución que he identificado bajo investigación. También yo NO autorizo a EPMPO para que reciba y revise materiales e información sobre mí de la misma y con los administradores o testigos apropiados para investigar esta queja. Al hacerlo. He leído y entiendo la información al comienzo de este formulario. Además, entiendo que mi decisión de negar mi consentimiento puede impedir esta investigación y puede dar como resultado la resolución infructosa de mi caso.

Firma: _____ Fecha: _____