

SKATS Título VI Formulario de Queja

Este formulario puede ser utilizado para presentar una queja ante el Área de Estudio de Transporte de Salem-Keizer (SKATS) basado en supuestas violaciones del Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1964. Usted no está obligado a usar esta forma. Una carta que presente la misma información será suficiente para presentar su queja.

Si necesita ayuda para completar este formulario debido a un impedimento físico, por favor póngase en contacto con nosotros al teléfono (503) 588-6177 o por correo electrónico a mwvcog@mwvcog.org.

Sólo el denunciante o el representante legal del denunciante debe completar este formulario.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____
(Casa) (Trabajo) (FAX)

Persona (s) que sufrió discriminación, si la persona es diferente a la indicada anteriormente (use páginas adicionales si es necesario):

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____
(Casa) (Trabajo) (FAX)

Por favor, explicar su relación con la persona (s) indicada anteriormente:

Nombre de la persona que lo discrimino (si se conoce):

Fecha (s) de la presunta discriminación :

Última fecha o fecha más reciente en que ocurrió la discriminación:

Solicitud de extensión :

Por lo general, las quejas de discriminación deben ser presentadas dentro de los 180 días de la supuesta discriminación. Si la fecha más reciente en la que ocurrió la presunta discriminación fue hace más de 180 días, usted puede solicitar una exención del requisito de presentación de denuncia dentro del límite requerido. Si desea solicitar una exención al tiempo de petición , por favor explique por qué esperó hasta ahora para presentar su queja:

Tipo de queja:

<input type="checkbox"/> Raza/Color _____	<input type="checkbox"/> Ingresos _____
<input type="checkbox"/> Origen / Nacionalidad _____	<input type="checkbox"/> Edad _____
<input type="checkbox"/> Sexo _____	<input type="checkbox"/> Discapacidad _____

Motivo de la queja(use paginas adicionales si necesario): _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Por favor, indique el nombre (s) de los testigos de la supuesta discriminación. (Adjunte hojas adicionales, si es necesario.)

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono: _____ (Casa) _____ (Trabajo) _____ (FAX)

Nota: *Las leyes vigente en este departamento prohíben actos de represalia o intimidación en contra de nadie, porque esa persona o su representante ha actuado o participado en acciones para garantizar los derechos protegidos por estas leyes. Si usted sufre represalia o intimidación separada de la discriminación alegada en la queja o si tiene preguntas sobre el llenado de este formulario, por favor póngase en contacto con:*

*Mike Jaffe, MPO Program Manager/Title VI Coordinator
Mid-Willamette Valley Council of Governments
100 High St. SE, Suite 200
Salem, OR 97301*

Por favor enviar esta nota a:

**ATENCION Title VI Coordinator
MWVCOG/SKATS
100 High St. SE, Suite 200
Salem, OR 97301
FAX: 503-588-6094**

Fecha en que la queja fue recibida _____