

Formulario de Queja por el Título VI Junta de Planificación de Transporte del Área de Madison

La Junta de Planificación de Transporte del Área de Madison (TPB), designada como MPO, y la Ciudad de Madison, como su agente administrativo y fiscal, aseguran que ninguna persona será, por motivos de raza, color u origen nacional, según lo estipulado en el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y la Ley de Restauración de Derechos Civiles de 1987 (P.L. 100-259), excluida de su participación en ningún programa o actividad, ni le serán denegados los beneficios de ningún programa o actividad, ni será de otra forma sujeta a discriminación.

Además, la Ordenanza General de Madison (M.G.O.) Sec. 39.02(8) ordena la ejecución de este requisito operativo. El TPB del Área de Madison y la Ciudad de Madison además aseguran que se harán todos los esfuerzos para garantizar la no discriminación en todas sus actividades de programas con financiación federal.

Toda persona u organización que crea que ha sido víctima de discriminación podrá presentar una queja ante el TPB del Área de Madison o ante el Departamento de Derechos Civiles de la Ciudad de Madison.

El propósito de este formulario es ayudar a las personas a presentar una queja. **El uso de este formulario no es obligatorio.** Una carta o un e-mail con la misma información son suficientes.

Las cartas o formularios de queja completados pueden ser enviados por correo a:

TPB del Área de Madison Atn: Queja por el Título VI 121 S. Pinckney Street, Suite 400 Madison, WI 53703	<input type="radio"/>	Departamento de Derechos Civiles de la Ciudad de Madison Atn: Queja por el Título VI 210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Room 523 Madison, WI 53703
--	-----------------------	---

Las quejas pueden ser enviadas también por e-mail a la Junta de Planificación de Transporte del Área de Madison a mpo@cityofmadison.com o al Departamento de Derechos Civiles de la Ciudad de Madison a dcr@cityofmadison.com.

Su nombre:	
Su dirección: ciudad, estado, Zip	
Teléfono (casa/celular):	Teléfono (trabajo):
E-mail:	
Persona/s que sufrieron discriminación (si no es el reclamante): Indique todos los nombres:	
Dirección, ciudad, estado, Zip:	

¿Cuál de los siguientes elementos describe mejor la razón por la que ocurrió la supuesta discriminación?
 (Marque uno):

Raza

Color

Origen nacional (dominio limitado del inglés)

Fecha del incidente: _____

Describa por favor el incidente de la supuesta discriminación. Explique lo que ocurrió, como sufrió discriminación y todas las personas involucradas. Incluya los nombres de la o las personas que lo discriminaron (si los conoce) junto con los nombres y la información de contacto de cualquier testigo.

Usted podrá adjuntar materiales escritos adicionales u otra información que podría ser pertinente para su queja.

¿Ha presentado previamente una queja por el Título VI ante esta agencia? (*Marque uno*):

Sí No

¿Ha presentado una queja ante alguna otra agencia federal, del estado o local? (*Marque uno*):

Sí No

En caso afirmativo, indica la o las agencia y la información de contacto abajo.

Nombre de contacto: _____

Nombre de contacto: _____

Agencia: _____

Agencia: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Afirmo que he leído el cargo anterior y que es verdadero según mi leal saber y entender, información y creencia.

Firma del demandante: _____ Fecha: _____

Nombre del demandante en letra de imprenta: _____

Uso de la oficina

Fecha de recepción: _____	Recibido por: _____
---------------------------	---------------------