

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	Departamento de Derechos Civiles de la Ciudad de Madison
Atn: Queja por el Título VI	Atn: Queja por el Título VI
100 State Street, Suite 400	210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Room 523
Madison, WI 53703	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: _____
---------------------------	---------------------