

COMPLAINT OF TITLE VI DISCRIMINATION

Formulario de queja de discriminación por el Título VI

The Kalamazoo Area Transportation Study, as a recipient of federal financial assistance, is required to ensure that its services and related benefits are distributed in a manner consistent with Title VI of the Civil Rights Acts of 1964, as amended.

Any person who believes that he or she, individually or as a member of any specific class of persons, has been subjected to discrimination under Title VI, on the basis of race, color, or national origin, may file a written complaint with the Kalamazoo Area Transportation Study.

We are asking for the following information to assist us in processing your complaint. If you need help in completing this form, please let us know.

Kalamazoo Area Transportation Study (MPO), como recipiente de ayuda financiera federal, es requerida a asegurar que el servicio de transporte público y sus servicios relacionados son distribuidos de una manera consistente con el Título VI del Acta de Derechos Civiles del 1964, con sus enmiendas.

Si usted cree que, individualmente o como parte de una clase específica de personas, ha sido discriminado bajo el Título VI, basado en su raza, color, o nacionalidad, puede presentar una queja por escrito al Kalamazoo Area Transportation Study.

Le pedimos la siguiente información para poder tramitar su queja. Si necesita ayuda para llenar este formulario, póngase en contacto con el Kalamazoo MPO.

1. Complainant

Reclamante

NAME *Nombre*

STREET ADDRESS *Dirección*

CITY *Ciudad*

STATE *Estado*

ZIP CODE *Código Postal*

HOME TELEPHONE *Nº de teléfono*

Email Address *Dirección de Correo Electrónico*

2. Person discriminated against (if someone other than the complainant):
Persona que fue discriminada, si no es la misma que el reclamante:

NAME *Nombre*

STREET ADDRESS *Dirección*

CITY <i>Ciudad</i>	STATE <i>Estado</i>	ZIP CODE <i>Código postal</i>
HOME TELEPHONE <i>Nº de teléfono</i>	Email Address <i>Dirección de Correo Electrónico</i>	

3. Are you represented by an attorney for this complaint?

¿Tiene usted representación de un(a) abogado(a) con relación al asunto de su queja?

Yes _____ No _____
Sí _____ No _____

If yes, please complete the following:
Si tiene abogado(a), provea la siguiente información:

ATTORNEY'S NAME *Nombre del abogado(a)*

STREET ADDRESS *Dirección*

CITY <i>Ciudad</i>	STATE <i>Estado</i>	ZIP CODE <i>Código Postal</i>
TELEPHONE <i>Nº de teléfono</i>		