



1401 S. Dort Hwy, Flint, Mi.48503

FORMULARIO DE RECLAMO EN FUNCIÓN DEL TÍTULO VI

El Título VI de Derechos Civiles de 1964 y las leyes y normas antidiscriminación relacionadas requieren que nadie en los Estados Unidos sea excluido, sea rechazado o sea sujeto a discriminación en base a su raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en ningún programa o actividad que recibe asistencia financiera federal.

La información siguiente es necesaria para ayudarnos a procesar su reclamo. Si necesita ayuda para completar el formulario, avísenos.

Complete y entregue el formulario a: Mass Transportation Authority, Human Resources Dept., 1401 S. Dort Hwy., Flint, MI. 48503

1. Nombre de la persona que reclama: _____

2. Dirección: _____

3. Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

4. Teléfono (residencial) _____ Laboral: _____

5. Persona a quien se discriminó (si es distinta a la persona que reclama)

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

6. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el motivo por el que piensa que hubo discriminación? Se debió a su:

a. Raza/color c. Sexo e. Discapacidad

b. Origen nacional d. Edad



7. ¿En qué fecha se produjo la supuesta discriminación?
8. Con sus propias palabras, describa la supuesta discriminación. Explique qué sucedió y quién piensa que es responsable. Use la parte posterior de este formulario si requiere más espacio.

9. ¿Completó este reclamo ante algún otro organismo federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, marque cada casillero que corresponda:

- Organismo federal Tribunal federal Organismo estatal
Tribunal estatal Organismo local

10. Proporcione la información de una persona de contacto en el organismo/tribunal donde se presentó el reclamo.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

11. Firme debajo. Puede adjuntar materiales escritos u otra información que piense que es relevante para el reclamo

Firma de la persona reclamante

Fecha