

### Complaint of Discrimination

La Organización de Planificación de Transporte del Florida-Alabama permanece tanto por la Administración Federal de Tránsito y el Departamento de Programas Título / No Discriminación VI de Transporte de la Florida. Como resultado de ello, es la política de este organismo, en el **Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964; Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973; Ley de Discriminación por Edad de 1975; Sección 324 de la Ley Federal de Carreteras-Aid de 1973; Ley de Restauración de Derechos Civiles de 1987; la Ley de Derechos Civiles de Florida de 1992**, y los estatutos y reglamentos relacionados, que ninguna persona en los Estados Unidos será, sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad / impedimento o estado de ingresos, ser excluido de la participación en, ser negado los beneficios de, o ser sujeto de otro modo a discriminación o represalia bajo cualquier programa no federal con fondos federales o actividad administrada por esta agencia o sus sub-receptores.

#### Sección I:

Nombre Del Demandante:

Dirección Del Demandante:

Teléfono (Casa):

Teléfono (Trabajo):

Dirección De Correo Electrónico:

Requisitos formato  
 accesible:

Letra Grande

TDD

Audio Tape

Otro

#### Sección II:

¿Está presentando esta queja en su propio  
 nombre?

Sí\*

No

**\*Si usted contestó "sí" a esta pregunta, vaya  
 a la Sección III.**

Si no es así, por favor provea el nombre y la relación de  
 la persona a la que usted se está quejando por:

Nombre:

Relación:

Por favor, explique por qué usted ha presentado por una tercera persona:

Por favor, confirma que ha obtenido el permiso de la parte  
 perjudicada, si usted está presentando en nombre de un  
 tercero:

Si

No

#### Sección III:

Creo que la discriminación que experimenté fue basado en (marque todo lo  
 que corresponda):

Raza

Color

Origen Nacional

Sexo

Edad

Estado de Ingresos

Represalias

Handicap/Discapacidad

Otro

Fecha de la Discriminación Presunta:

Explique lo más claramente posible lo que pasó y por qué cree que fue discriminado. Describa todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que lo discriminó (si se conoce), así como los nombres y la información de los testigos en contacto. Si se necesita más espacio, por favor use el reverso de este formulario.

---



---



---



---

**Sección IV**

¿Ha presentado previamente una queja del Título VI con esta agencia? Si  No

**Sección V**

¿Ha presentado esta queja ante cualquier otro, estatal o agencia local Federal, o ante cualquier tribunal federal o estatal? Si  No

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

- Agencia federal \_\_\_\_\_  Tribunal Federal: \_\_\_\_\_
- Agencia Estatal: \_\_\_\_\_  Tribunal Estatal: \_\_\_\_\_
- Agencia Local: \_\_\_\_\_

**Sección VI**

Por favor provea información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la denuncia.

Nombre:	Título:
Agencia:	Teléfono:
Dirección:	
Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que usted piensa que es relevante para su queja.	
Demandante (s) o recurrente (s) Representantes Firma Del:	Fecha de la firma:

Por favor envíe este formulario en persona en la dirección abajo, o envíe este formulario a:  
 Florida-Alabama TPO  
 Leandra Meredith, Coordinador del Título VI  
 4081 E. Olive Rd. Pensacola, Florida 32401  
 (850) 332-7976 Teléfono (850) 637-1923 Fax  
 leandra.meredith@ecrc.org

**Sólo para uso interno:**

Fecha De Recibimiento por Florida-Alabama TPO:	Fecha De La Investigación Completada:	Investigador Asignado:
--	---------------------------------------	------------------------