



Salisbury/Wicomico Metropolitan Planning Organization

Formulario de Quejas

Sección I:

Nombre:

Dirección:

Teléfono (Hogar):

Teléfono (Trabajo)

E-mail Address

Requisitos de formato accesible?

Tipografía

Cinta de

TDD

Otro

Sección II:

¿Está presentando esta queja en su propio?

Si*

No

*Si Su respuesta es "si" a esta pregunta, vaya a la Sección III.

Si Su respuesta es "no", por favor provea el nombre y la relación de la persona por la que usted está

Por favor explique por qué usted ha sometido una querrela por otra persona:

Por favor confirme que ha obtenido permiso de la parte perjudicada si usted está sometiendo la queja a nombre de otra persona.

Si

No

Sección III:

Creo que la discriminación que experimente estuvo basada en (marque todas las respuestas correspondientes:

Raza Color Origen Nacional Otra Clase Protegida

Fecha de la discriminación alegada (día, mes, año):

Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué experimentó discriminación. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que discriminó o discriminaron contra usted (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo(s).

Sección IV:

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

Sección V:

¿Ha presentado esta queja previamente con cualquier otra agencia federal, estatal, o local, o con cualquier corte federal o estatal?

Si No

Si su respuesta es "sí", marque todas las entidades correspondientes:

Agencia Federal Agencia Estatal Agencia Local

Corte Federal Corte Estatal

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

Nombre:

Título:

Agencia:

Dirección:

Teléfono:

Sección VI:

Nombre de la agencia en contra de quien es la queja:

Punto de contacto:

Título:

Teléfono:

Usted puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que crea que es relevante a su queja.

Su firma y la fecha se requieren a continuación.

Firma

Fecha

Por favor envíe este formulario al Coordinador de Título VI de Salisbury-Wicomico MPO a:

Keith D. Hall,

Salisbury-Wicomico MPO

P.O. Box 870

Salisbury, MD 21803-0870

E-mail: Khall@wicomicocounty.org

Fax: (410) 548.4955