Formulario de queja de Título IV del Consejo de Gobiernos del sureste de Michigan (SEMCOG)

El Título VI de la Ley de derechos civiles de 1964 establece que: "Ninguna persona en los Estados Unidos debe, con base en su raza, color o nacionalidad, ser excluida de participar en, negársele el beneficio de o ser discriminada en ningún programa o actividad que reciba ayuda federal".

Este formulario se puede utilizar para presentar una queja con el SEMCOG por supuestas violaciones al Título VI de la Ley de derechos civiles de 1964. No es requisito que usted utilice este formulario; se puede enviar una carta que proporcione la misma información para presentar su queja. **Las quejas se deben presentar dentro de los 180 días posteriores a la supuesta discriminación. Si no es razonable esperar que usted sepa dentro del período de 180 días que un acto fue discriminatorio, tendrá 60 días adicionales después de darse cuenta para presentar su queja.**

Si requiere asistencia para completar este formulario, contacte al SEMCOG por teléfono al (4266-961 (313, o por correo electrónico a infocenter@semcog.org.

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección:_____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ (casa) _____ (trabajo)

Individuo(s) discriminado(s), si es diferente al anterior (use páginas adicionales si es necesario):

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección:_____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ (casa) _____ (trabajo)

Explique su relación con el (los) individuo(s) mencionado(s): _____

Nombre de la agencia y departamento o programa que discriminó:

Nombre de agencia o departamento: _____

Nombre del individuo (si lo sabe): _____

Dirección:_____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha(s) de supuesta discriminación:
Fecha en que comenzó la discriminación _____ Fecha más reciente o última fecha

SUPUESTA DISCRIMINACIÓN:

Si su queja es al respecto de discriminación en la entrega de servicios o discriminación que involucra la forma en que la agencia o departamento mencionado lo trató a usted o a otros, indique sobre qué base cree que se realizaron las acciones discriminatorias.

____ Raza ____ Renta

____ Color ____ Nacionalidad

____ Edad ____Sexo

Explique: explique tan claro como sea posible qué fue lo que sucedió. Proporcione el (los) nombre(s) de un testigo(s) y otros involucrados en la supuesta discriminación (si es necesario, adjunte hojas adicionales y proporcione una copia del material escrito pertinente para su caso).

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma: _____ Fecha: _____

Envíe el formulario completo a: Coordinador de Título VI del SEMCOG, Consejo de Gobiernos del sureste de Michigan, 1001 Woodward Avenue, Suite 1400, Detroit, Michigan 48226; correo electrónico: infocenter@semcog.org; teléfono: (313) 961-4266; fax: (313) 961-4869

Nota: *el SEMCOG prohíbe las represalias o intimidación en contra de cualquiera que haya actuado o participado en una acción para asegurar los derechos protegidos por las políticas de la Organización de Planificación Metropolitana (MPO). Informe a la persona mencionada si usted siente que fue intimidado o experimenta una aparente represalia en relación con la presentación de esta queja.*