

**El MPO de Johnson City
Formulario de Queja del Derecho/Título VI**

El propósito de este formulario es para ayudarle en la presentación de una queja del Derecho VI contra el MPO de Johnson City, departamentos de la Ciudad de Johnson City. Los Formularios firmados y escritos deben ser sometidos a:

**Human Resources Director
City of Johnson City
P.O. Box 2150
Johnson City, TN 37605
(Telephone: 423/434-6016)**

Si no está satisfecho con los resultados de la investigación de su queja por la ciudad de Johnson City, o desea presentarlo inmediatamente con otra agencia, puede utilizar este formulario para presentar una queja del Derecho VI con la División de Derechos Civiles del Departamento de Transporte de Tennessee, o la Administración Federal de Tránsito. Las direcciones de estas agencias son:

Federal Highway Administration
Office of Civil Rights
Attention: Title VI Program Coordinator
8th Floor, E81-314
1200 New Jersey Avenue, SE
Washington, DC 20590
Telephone: 202/366-0693

Office of Civil Rights, Title VI Division
Attention: Title VI Program Director
Tennessee Department of Transportation
Suite 1800, James K. Polk Building
Nashville, TN 37243
Telephone: 615/741-3681

Usted no está requerido de utilizar este formulario; una carta con la misma información es suficiente. Sin embargo, debe proporcionar la información solicitada en los números marcados con un asterisco (*), sea que el formulario sea usado o no. **Una denuncia por escrito deberá presentarse dentro de los 180 días después de la fecha de la presunta discriminación**, a menos que se amplíe el plazo para la presentación por la Administración Federal del Tránsito.

Si usted necesita este formulario de queja/información proporcionada en un formato accesible, sírvase indicar: Letra de molde grande _____ Cinta Audible _____
TDD _____ Otro idioma (sírvase especificar): _____ Otro(a) _____

INFORMACIÓN DE QUEJA DEL DERECHO VI

1. * Declare su nombre y dirección.

Nombre: _____

Dirección: _____

_____ Código Postal _____

No. telefónico:

Casa: (____) _____ Trabajo (____) _____

2. * Persona(s) discriminada(s) en contra, si es diferente de la de arriba:

Nombre: _____
Dirección: _____
_____ Código Postal _____
No. telefónico:
Casa: (____) _____ Trabajo (____) _____
Por favor explicar su relación con esta persona(s).

3. * Agencia y departamento o programa que discriminaron:

Nombre: _____
Cualquier individuo si lo conoce: _____
Dirección: _____
_____ Código Postal _____
No. telefónico: (____) _____

4A. * No-empleo: ¿Concierne su queja discriminación en la prestación de servicios o en otras acciones discriminatorias del departamento o agencia en su tratamiento de usted u otras personas? De ser así, sírvase indicar a continuación la(s) base(s) en el que cree se adoptaron estas acciones discriminatorias (p.ej., "Raza: Afroamericana" o "Sexo: Femenino").

____ Raza/Color: _____
____ Origen nacional: _____
____ Sexo: _____
____ Religión: _____
____ Edad: _____
____ Incapacidad: _____

4B. * Empleo: ¿Concierne su queja discriminación en el empleo por el departamento o agencia? De ser así, indique a continuación la(s) base(s) en el que cree se adoptaron estas acciones discriminatorias (p. ej., Raza: "Afroamericana" o "Sexo: Femenino").

____ Raza/Color: _____
____ Origen Nacional: _____
____ Sexo: _____
____ Religión: _____
____ Edad: _____
____ Incapacidad: _____

5. ¿Cuál es la hora más conveniente y el lugar para nosotros contactarlo acerca de esta queja?

11. ¿Tiene otra información que usted piense sea relevante a nuestra investigación de sus alegaciones?

12. ¿Qué remedio está usted buscando para la discriminación alegada?

13. ¿Tiene usted (o la persona discriminada en contra) archivadas igual o cualquier otra queja con otras oficinas Federales?

Si _____ No _____

¿Si es sí, recuerda usted el Número de la Queja?

¿Contra qué agencia y departamento o programa fue archivado?

Dirección de la agencia _____

Código Postal _____

No. telefónico de la agencia (____) _____

Fecha de archivo: _____

¿Brevemente, acerca de qué fue la queja?

¿Cuál fue el resultado?

14. F I R M A (Una queja que no haya sido firmada no puede aceptarse.)

(Firma)

(Fecha)

Siéntase por favor libre de adjuntar hojas explicativas adicionales.