

COMPLAINT OF TITLE VI DISCRIMINATION

Formulario de queja de discriminación por el Título VI

The Kalamazoo Area Transportation Study, as a recipient of federal financial assistance, is required to ensure that its services and related benefits are distributed in a manner consistent with Title VI of the Civil Rights Acts of 1964, as amended.

Any person who believes that he or she, individually or as a member of any specific class of persons, has been subjected to discrimination under Title VI, on the basis of race, color, or national origin, may file a written complaint with the Kalamazoo Area Transportation Study.

We are asking for the following information to assist us in processing your complaint. If you need help in completing this form, please let us know.

Kalamazoo Area Transportation Study (MPO), como recipiente de ayuda financiera federal, es requerida a asegurar que el servicio de transporte público y sus servicios relacionados son distribuidos de una manera consistente con el Título VI del Acta de Derechos Civiles del 1964, con sus enmiendas.

Si usted cree que, individualmente o como parte de una clase específica de personas, ha sido discriminado bajo el Título VI, basado en su raza, color, o nacionalidad, puede presentar una queja por escrito al Kalamazoo Area Transportation Study.

Le pedimos la siguiente información para poder tramitar su queja. Si necesita ayuda para llenar este formulario, póngase en contacto con el Kalamazoo MPO.

1. Complainant ***Reclamante***

NAME *Nombre*

STREET ADDRESS *Dirección*

CITY *Ciudad*

STATE *Estado*

ZIP CODE *Código Postal*

HOME TELEPHONE *Nº de teléfono*

Email Address *Dirección de Correo Electrónico*

2. Person discriminated against (if someone other than the complainant):
Persona que fue discriminada, si no es la misma que el reclamante:

NAME *Nombre*

STREET ADDRESS *Dirección*

CITY <i>Ciudad</i>	STATE <i>Estado</i>	ZIP CODE <i>Código postal</i>
HOME TELEPHONE <i>Nº de teléfono</i>	Email Address <i>Dirección de Correo Electrónico</i>	

3. Are you represented by an attorney for this complaint?

¿Tiene usted representación de un(a) abogado(a) con relación al asunto de su queja?

Yes _____ No _____
Sí _____ No _____

If yes, please complete the following:
Si tiene abogado(a), provea la siguiente información:

ATTORNEY'S NAME *Nombre del abogado(a)*

STREET ADDRESS *Dirección*

CITY <i>Ciudad</i>	STATE <i>Estado</i>	ZIP CODE <i>Código Postal</i>
TELEPHONE <i>Nº de teléfono</i>		

4. Date of the alleged discrimination: _____

Fecha de la supuesta discriminación:

Complaints should be filed within **180 days** of the alleged discrimination. If you could not reasonably be expected to know the act was discriminatory within the 180 days period, you have **60 days** after you became aware to file your complaint.

If your complaint is in regard to discrimination in the delivery of services or discrimination that involved the treatment of you or others by the agency or department indicated above, please indicate below the basis on which you believe these discriminatory actions were taken.

Las denuncias deben presentarse dentro de los 180 días de la presunta discriminación. Si usted no podía razonablemente esperarse conocer que la ley es discriminatoria en el plazo de 180 días, tiene 60 días después de que tuvo conocimiento a presentar su queja.

Si su queja está en relación con la discriminación en la prestación de servicios o la discriminación que el tratamiento de usted u otros usuarios por el organismo o departamento indicado, sírvase indicar a continuación de la base en que cree que se tomaron estas medidas discriminatorias.

5. Which of the following best describes the reason you believe the discrimination took place:

Según lo que cree usted, ¿en qué se basaron esas acciones discriminatorias?

<input type="checkbox"/> Race <i>Raza</i> / Color <i>Color</i>	<input type="checkbox"/> Religion <i>Religión</i>
<input type="checkbox"/> National Origin <i>Nacionalidad</i>	<input type="checkbox"/> Sex <i>Sexo</i>
<input type="checkbox"/> Disability <i>Incapacidad/medimento</i>	<input type="checkbox"/> Age <i>Edad</i>

Please sign below. You may attach any additional information you think is relevant to your complaint.

Por favor, firme el formulario. Adjunte cualquier información adicional usted cree que es pertinente con su queja.

Signature of Complainant
Firma del reclamante

Date
Fecha

Note: The laws enforced by the U.S. Department of Transportation prohibit retaliation or intimidation against anyone because that individual has either taken action or participated in action to secure rights protected by Title VI. If you experience retaliation or intimidation separate from the discrimination alleged in this complaint or if you have questions regarding the completion of this form, please contact:

Nota: Las leyes impuestas por el departamento de transporte de los Estados Unidos prohíben represalias o intimidación contra nadie porque ese individuo ha tomado medidas o participado en acción segura derechos protegidos por el título VI. Si tiene represalias o intimidación separada de la discriminación alegada en esta queja o si tiene preguntas acerca de la realización de esta forma, póngase en contacto con:

Jonathan R. Start, Executive Director
Kalamazoo Area Transportation Study
3801 East Kilgore Road
Kalamazoo, MI 49001
Phone: (269) 343-0766
Fax: (269) 381-1760
E-Mail: jrstart@KATSmpo.org

The Complaint of Title VI Discrimination form is also available at:
www.KATSmpo.org