

APÉNDICE 1: FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE DISCRIMINACIÓN

Proporcione la siguiente información para procesar su queja. La asistencia está disponible a pedido. Complete este formulario y envíelo o envíelo a:

Organización de Planificación Metropolitana de Danville, Coordinador del Título VI, PO Box 5268, Martinsville, VA 24115.

Puede comunicarse con nuestra oficina de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. al (276) 638-3987, o puede enviar un correo electrónico al Coordinador de Título VI de Danville MPO a marmbrister@wppdc.org

Nombre del demandante: _____

Dirección: _____

Ciudad (*): Estado (*): Código postal: _____

Número de teléfono (hogar): _____ (Negocio): _____

Dirección de correo electrónico: _____

Persona discriminada (si no es el demandante):

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad (*): Estado (*): Código postal: _____

Teléfono no. : _____

El nombre y la dirección de la agencia, institución o departamento que cree que lo discriminó.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad (*): Estado (*): Código postal: _____

Fecha del incidente que resultó en discriminación: _____

Describe cómo fuiste discriminado. ¿Qué pasó y quién fue el responsable? Si se requiere espacio adicional, utilice el reverso del formulario o adjunte hojas adicionales al formulario.