

## Organización de Planificación Metropolitana de Danville

### Formulario de Queja por Discriminación — Título VI

| Sección 1                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre:                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                       |
| Dirección:                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                       |
| Teléfono (casa/celular):                                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |
| Dirección de correo electrónico:                                                                                                                                  |                                                                                                                                                       |
| Requisitos de formato accesible:                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Letra grande<br><input type="checkbox"/> TDD<br><input type="checkbox"/> Grabación de audio<br><input type="checkbox"/> Otro |
| Si es otro, por favor descríballo:                                                                                                                                |                                                                                                                                                       |
| Sección 2                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                       |
| ¿Está presentando esta queja en su propio nombre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      * Si su respuesta es "sí", vaya a la Sección 3     |                                                                                                                                                       |
| Si no es así, sírvase proporcionar el nombre y la relación de la persona para quien se queja:                                                                     |                                                                                                                                                       |
| Por favor, explique por qué usted ha presentado la queja en nombre de un tercero:                                                                                 |                                                                                                                                                       |
| Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte perjudicada si presenta la queja en su nombre: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                                                                                                                                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección 3</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Creo que la discriminación que experimenté fue basada en (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Raza<br><input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Fecha de la discriminación presunta<br>(mes, día, año):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Explique lo más claramente posible lo que pasó y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona o personas que lo discriminaron (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si se necesita más espacio, por favor use la parte de atrás de este formulario: |                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Sección 4</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| ¿Ha presentado previamente una queja del Título VI con esta agencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Sección 5</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| ¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Agencia Federal _____<br><input type="checkbox"/> Tribunal Federal _____<br><input type="checkbox"/> Agencia Estatal _____<br><input type="checkbox"/> Tribunal Estatal _____<br><input type="checkbox"/> Agencia Local _____ |

|                                                                                                                        |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Sírvese proporcionar información sobre una persona de contacto en la agencia o tribunal donde se presentó la denuncia: |  |
| Nombre:                                                                                                                |  |
| Título:                                                                                                                |  |
| Agencia:                                                                                                               |  |
| Dirección:                                                                                                             |  |
| Teléfono:                                                                                                              |  |
| <b>Sección 6</b>                                                                                                       |  |
| Nombre de la agencia u organización contra la cual se presenta la queja:                                               |  |
| Persona de contacto:                                                                                                   |  |
| Título:                                                                                                                |  |
| Teléfono:                                                                                                              |  |

Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que usted piense que es relevante para su queja. Se requiere firma y fecha a continuación.

---

Firma

Fecha

**Por favor, envíe este formulario en persona a la dirección indicada más abajo, o envíe este formulario a:**

Michael Armbrister, Coordinador del Título VI  
 West Piedmont Planning District Commission  
 1100 Madison Street, Martinsville, VA 24112  
 Teléfono: (276) 638-3987; Correo electrónico: [marmbrister@wppdc.org](mailto:marmbrister@wppdc.org)