|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección I** | | | | | | | | | | | |
| ***Nombre:*** | | | | | | | | | | | |
| ***Dirección:*** | | | | | | | | | | | |
| ***Teléfono (casa):*** | | ***Teléfono (empleo):*** | | | | | | | | | |
| *Dirección de correo electrónico (e-mail):* | | | | | | | | | | | |
| *¿Requisitos de formato accesible?* | *En letra grande* | |  | | ***Cinta de audio*** | | | | | |  |
| *TDD* | |  | | ***Otro*** | | | | | |  |
| **Sección II** | | | | | | | | | | | |
| ***¿Está completando este reclamo en su nombre?*** | | | | | | ***Sí\**** | | | ***No*** | | |
| **\*Si respondió que "sí", diríjase a la Sección III.** | | | | | | | | | | | |
| ***Si no, proporcione el nombre de la persona por quien está realizando el reclamo y su relación:*** | | | |  | | | | | | | |
| ***Explique por qué completó este documento en nombre de un tercero:***  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | |
| ***Si está completando este documento en nombre de un tercero, confirme que obtuvo el permiso de la parte perjudicada.*** | | | | | | | ***Sí*** | | | ***No*** | |
| **Sección III** | | | | | | | | | | | |
| ***Creo que la discriminación que sufrí fue a causa de (marque todos los que correspondan):***  *[ ] Raza [ ] Color [ ] Nacionalidad*  *Fecha de la presunta discriminación (Mes, día, año): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Explique lo más claro posible qué ocurrió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de las personas que lo discriminaron (si las conoce) así como también los nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario.*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| **Sección IV** | | | | | | | | | | | |
| ***¿Ha presentado un reclamo de Título VI ante este organismo anteriormente?*** | | | | | | ***Sí*** | | ***No*** | | | |
| **Sección V** | | | | | | | | | | | |
| ***¿Ha presentado un reclamo ante cualquier otro organismo local, estatal o federal, o ante algún tribunal estatal o federal?***  *[ ] Sí [ ] No*  *En caso afirmativo, marque todas las que correspondan:*  *[ ] Agencia federal:*  *[ ] Tribunal federal [ ] Organismo estatal*  *[ ] Tribunal estatal [ ] Organismo local* | | | | | | | | | | | |
| ***Brinde información sobre una persona de contacto en la agencia o el tribunal estatal donde presentó el reclamo:*** | | | | | | | | | | | |
| ***Nombre:*** | | | | | | | | | | | |
| ***Cargo:*** | | | | | | | | | | | |
| ***Organismo:*** | | | | | | | | | | | |
| ***Dirección:*** | | | | | | | | | | | |
| ***Teléfono:*** | | | | | | | | | | | |
| **Sección VI** | | | | | | | | | | | |
| ***Nombre del organismo contra el cual presenta el reclamo:*** | | | | | | | | | | | |
| ***Persona de contacto:*** | | | | | | | | | | | |
| ***Cargo:*** | | | | | | | | | | | |
| ***Número de teléfono:*** | | | | | | | | | | | |

**Puede adjuntar** cualquier material escrito u otra información que crea relevante para su reclamo.

***La firma y la fecha son obligatorias:***

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Firma Fecha*

**Entregue este formulario en persona en la dirección que figura a continuación o envíelo por correo a la siguiente dirección:**

**Ralonda Hampton**

Coordinadora de Título VI/Directora de Comunicaciones y compromiso

Mid-Ohio Regional Planning Commission

111 Liberty St., Suite 100

Columbus, Ohio 43215-5613