

Titulo VI Formulario de queja de la Organización de Planificación Metropolitana de Corvallis

La Organización de Planificación Metropolitana del Area de Corvallis (CAMPO), como receptora de asistencia financiera federal, es obligada a garantizar que todas sus actividades y cualquier beneficio de estas actividades se lleven a cabo de manera compatible con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, en su forma enmendada. Cualquier persona que crea que ha sido discriminada/o bajo cualquiera de los programas o actividades de CAMPO basado en su raza, color, origen nacional, dominio limitado del inglés, sexo, ingresos, edad, o discapacidad puede presentar una queja por escrito a CAMPO.

Demandante

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número Telefónico: _____

Persona Discriminada (si no es el demandante)

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número Telefónico: _____

¿Fue discriminado/a por su:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Raza/Color | <input type="checkbox"/> Edad |
| <input type="checkbox"/> Origen Nacional | <input type="checkbox"/> Discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Sexo | <input type="checkbox"/> Otra Razón _____ |
| <input type="checkbox"/> Ingresos | |

Fecha y hora del supuesto incidente: _____

Explique lo más claro posible lo que sucedió y cómo fue discriminado/a. Indique quién estuvo involucrado/a, nombre cualquier proyecto, plan o programa de CAMPO que pueda haber llevado a la situación que está describiendo. Asegúrese de incluir los nombres y la información de contacto de cualquier persona con conocimiento de la supuesta discriminación. Si se necesita más espacio, utilice páginas adicionales.

¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal, o local o ante cualquier tribunal?

- Si
- No

Si la respuesta es sí, identifique y nombre las agencias:

- Agencia Federal _____
- Tribunal Federal _____
- Agencia Estatal _____
- Tribunal Estatal _____
- Agencia Local _____

Por favor proporcione información de contacto para la persona en la Agencia o Tribunal donde se presentó la queja.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número Telefónico: _____

Por favor, firme abajo. Puede adjuntar cualquier material escrito adicional u otra información que crea que es relevante a su queja.

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor envíe este formulario firmado y cualquier otro archivo al:

Corvallis Area MPO Title VI Coordinator
Oregon Cascades West Council of Governments
1400 Queen Ave SE, Suite 205
Albany OR 97322