



Operated by Transit Authority of the City of Omaha

FORMULARIO DE QUEJAS DEL TITULO VI
OFFICINA DE METRO DE DERECHOS CIVILES

Metro se compromete a garantizar que ninguna persona quedé excluida para participar o sele nieguen los beneficios de su servicio basado en Raza, Color, Origen o Nacionalidad, según lo dispuesto en el Título VI de los Derechos Civiles Acto de 1964, según enmendada. Las quejas del Título VI deben presentarse en los 180 Días a partir de la fecha de la supuesta discriminación.

La siguiente información es necesario para ayudarnos a procesar la queja. Si usted necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con el Coordinador del Título VI llamando al (402) 341-0800 voz o (402) 341-0808 TDD

El formulario completado debe devolverse a:

Metro Office of Civil Rights
Linda Barritt, Coordinadora de Titulo VI
2222 Cuming Street, Omaha, NE 68102-4392
Imprima por favor.

Señor. Señora. Señorita.
Circule uno Apellido Nombre Segundo Nombre

Calle y Dirección Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: Negocio Celular
Código de área Numero Código de área Numero Código de área Numero

Persona Discriminada. ¿Alguien más que la de la queja?

Señor. Señora. Señorita.
Circule uno Apellido Nombre Segundo Nombre

_Numero de Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono Negocio Celular
Código de Área Numero Código de Área Numero Código de Área Numero

¿Cuál de estas describe mejor la razón o presunta discriminación?

- Compruebe:
RACE
COLOR
ORIGUEN NACIONALIDAD (Limitado a Ingles Competente)

Día del Incidente:

Tiempo del incidente

Describa el supuesto incidente de discriminación en las páginas 3 y 4.

¿Ha presentado una solicitud ante cualquier otra agencia Federal, Estatal o Local?

Marque una: SI NO

Si respondió que si indique la agencia (agencia y información de contacto):

1. Nombre de la agencia _____

Nombre de contacto Señor, Señora, o Señorita: _____

Circule uno

Dirección _____

Numero Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono _____ Fax _____ Correo Electrónico _____

2. Nombre de la agencia _____

Nombre del contacto Señor, Señora, Señorita _____

Circule uno

Dirección _____

Numero Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono _____ Fax _____ Correo Electrónico _____

3. Nombre de la agencia _____

Nombre del contacto Señor, Señora, Señorita: _____

Circula uno

Dirección _____

Numero Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono _____ Fax _____ Correo Electrónico _____

Afirmo que he leído el cargo anterior y es fiel a mi leal saber y entender.

_____/____/____

Firma Original del solicitante de la queja (Menor de 18 años firma del Padre o Tutor) Mes/Día /Año

Escriba el Nombre de la persona de la queja. _____

Día que se recibió: _____

Recibido por: _____

Titulo: _____

