

## MICHIANA AREA COUNCIL OF GOVERNMENTS FORMULARIO DE RECLAMOS DEL TÍTULO VI

Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 establece que “Ninguna persona en los Estados Unidos, por motivos de raza, color u origen nacional, ser excluida de participar en, ser negado los beneficios de, o ser objeto de discriminación bajo cualquier programa o actividad que recibe ayuda financiera federal “.

*Nota: La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, infórmenos.*

1. Nombre de los reclamantes: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad Estado Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: : \_\_\_\_\_

2. Persona discriminada (si alguien diferente al querellante)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad Estado Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: : \_\_\_\_\_

3. Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda)

Raza                       Color                       Dominio limitado del inglés

Género                       Años                       Origen nacional

Discapacidad               Ingresos                       Otro \_\_\_\_\_

4. Indique la fecha y el lugar de la supuesta acción discriminatoria.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Describa la supuesta discriminación con el mayor detalle posible. Adjunte más páginas si es necesario.

---

---

---

---

6. Enumere los nombres y la información de contacto de las personas que puedan tener conocimiento de una supuesta discriminación.

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

7. ¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local? o con cualquier tribunal federal o estatal? (Marque todo lo que corresponda)

Ninguno                       Agencia Federal                       Agencia del estado

Agencia local                       Tribunal federal                       Tribunal estatal

*Proporcione la información de contacto donde se presentó la queja.*

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad Estado Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: : \_\_\_\_\_

**Por favor firme abajo. Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.**

\_\_\_\_\_  
Firma del demandante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Envíe el formulario y cualquier información adicional por correo a Zach Dripps, Coordinador del Título VI, 227 W. Jefferson Blvd, 11th Floor, South Bend, IN 46601; Envíe el formulario y cualquier información adicional por correo a Zach Dripps, Coordinador del Título VI,

