|  |
| --- |
| **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:**

Terri Flora

Coordinadora de Título VI/Directora de asuntos públicos y gubernamentales

Mid-Ohio Regional Planning Commission

111 Liberty St., Suite 100

Columbus, Ohio 43215-5613