



## FORMULARIO DE QUEJAS Titulo VI

Metropolitan Transit Authority of Harris County, Texas (METRO)

Oficina para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo (EEO por sus siglas en inglés)

METRO centra sus esfuerzos en garantizar que nadie sea excluido de la participación en sus servicios ni que se nieguen los beneficios de éstos, con base en raza, color u origen nacional, en conformidad con las disposiciones del Titulo VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y enmiendas. Las quejas bajo el Titulo VI deben presentarse en el transcurso de 180 días a partir de que ocurre la discriminación supuesta.

La información siguiente es necesaria para ayudarnos en el procesamiento de su queja. Si requiere ayuda para llenar este formulario, le agradeceremos que se dirija al Titulo VI Coordinator, al teléfono (713) 652-8658. El formulario completo debe devolverse a la oficina de: EEO METRO Office, Title VI Coordinator, 1900 Main, P.O. Box 61429, Houston, Texas, 77208-1429.

Su nombre:	Teléfono:
Dirección:	Segundo teléfono:
Ciudad, Estado y Código Postal:	
Persona(s) que sufrieron discriminación (si es otra que el firmante):	
Nombre(s):	
Dirección, Ciudad, Estado y Código Postal:	

¿Cuál de los siguientes describe mejor la razón por la supuesta discriminación?

(Marque Uno)

- Raza
- Color
- Origen nacional

Fecha del incidente: \_\_\_\_\_

Hora del incidente: \_\_\_\_\_

Por favor, describa el supuesto incidente de discriminación. Proporcione los nombres y títulos de todos los empleados de METRO involucrados, si cuenta con la información. Explique lo sucedido; quién considera que fue responsable; y otra información específica pertinente. (Por favor, use el reverso de este formulario si requiere espacio adicional.)

---



---



---



---



---

Por favor, describa el supuesto incidente de discriminación (continuación).

---

---

---

---

---

---

---

---

¿Ha presentado alguna queja ante otra agencia federal, estatal o local con respecto a este incidente?  
(Marque Uno)  Sí

No

Si la respuesta es afirmativa, por favor, a continuación enumere la agencia o agencias y la información de contacto:

Agencia: \_\_\_\_\_ Nombre de contacto: \_\_\_\_\_

Dirección, Ciudad, Estado y Código Postal:

Agencia: \_\_\_\_\_ Nombre de contacto: \_\_\_\_\_

Dirección, Ciudad, Estado y Código Postal:

Confirmando que he leído el cargo que se indica arriba y que es verdadero hasta donde tengo conocimiento.

---

---

Firma del declarante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

é o escriba en letra de imprenta el nombre del declarante

(Llene el reverso de este formulario)

Fecha de recepción:	_____
Recibido por:	_____