

Título VI Formulario de queja/reclamo (Spanish)

La política de LLTS MPO es utilizar sus mejores esfuerzos para garantizar que ninguna persona, por motivos de raza, color, discapacidad, género, edad, bajos ingresos, origen nacional, idioma o dominio limitado del inglés (LEP) sea excluida de participación en, se le niegan los beneficios o se le somete a discriminación bajo sus programas o servicios, según lo dispuesto en el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, según enmendada. Estos procedimientos se aplican a todas las quejas / reclamos externos relacionados con cualquier programa o actividad administrado por LLTS MPO y / o sus subreceptores, consultores y contratistas, presentados bajo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 según enmendada, (incluida la Empresa Comercial Desfavorecida) y componentes de igualdad de oportunidades de empleo), así como otras leyes relacionadas que prohíben la discriminación.

La siguiente información es necesaria para procesar su queja / reclamo. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con el Oficial de cumplimiento de Título VI de LLTS MPO Chris Chapman llamando al (570) 963-6400 o (570) 825-1564. Devuelva el formulario completo al LLTS MPO Oficial de cumplimiento del Título VI en LLTS MPO, 123 Wyoming Avenue, 5th Floor, Scranton, PA 18503, o LLTS MPO, Suite 208, Penn Place, 20 North Pennsylvania Avenue, Wilkes-Barre, PA 18711 Las quejas del Título VI deben presentarse dentro de los 180 días calendario a partir de la fecha de la supuesta discriminación.

Nombre del demandante:

Nombre del demandante asistente individual:

Dirección del reclamante:

Dirección de asistencia individual:

Teléfono denunciante:

Teléfono de asistencia individual:

¿Cuál de los siguientes describe las razones por las cuales ocurrió la supuesta discriminación?

Raza/Color Años Género Idioma/EP Origen Nacional* Discapacidad** Represalias Otra*

Fecha(s) de presunta discriminación: _____

TÍTULO VI PLAN DE NO DISCRIMINACIÓN

Proporcione una descripción detallada de las circunstancias de los incidentes, incluida cualquier información adicional que respalde su queja / reclamo (utilice páginas adicionales según sea necesario).

Proporcione el (los) nombre (s), título y dirección (si se conoce) de la persona que discriminó al Demandante.

Proporcione, si corresponde, los nombres y la información de contacto de las personas que pueden tener conocimiento de los supuestos incidentes o que se perciben como partes en los incidentes denunciados:

Enumere cualquier otra agencia donde se haya presentado una queja:

Afirmo que he leído la queja / queja anterior y que es fiel a lo mejor de mi conocimiento, información y creencia.

Firma del demandante	Escriba el nombre del demandante	Fecha
----------------------	----------------------------------	-------

Asistir a la firma del demandante individual	Nombre del asistente de impresión	Fecha
--	-----------------------------------	-------

Fecha de recepción: _____ Recibido por: _____

* indica es específico al Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 ** indica que es específico de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990