

Este formulario puede ser utilizado para presentar una queja con el Departamento de Transporte de Michigan (MDOT) por presuntas violaciones del Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964. **Si necesita ayuda para completar este formulario debido a una discapacidad física, por favor llámenos por teléfono al (517) 373-0980 o vía fax (517) 373-8841 o TDD / TTY a través del Centro de Apoyo de Michigan al (800) 649-3777.**

**Sólo el demandante o el representante designado del demandante debe completar este formulario.**

NOMBRE

DIRECCION

CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
TELEFONO (CASA)	TELEFONO (TRABAJO)	FAX

**Persona(s) que ha(n) sufrido discriminación, si no es el la persona anterior (utilice página(s) adicional(es) si es necesario):**

NOMBRE

DIRECCION

CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
TELEFONO (CASA)	TELEFONO (TRABAJO)	FAX

EXPLIQUE SU RELACIÓN CON LA(S) PERSONA (S) ANTES MENCIONADA(S)

**NOMBRE DE LA AGENCIA Y DEPARTAMENTO O PROGRAMA QUE REALIZO LA DISCRIMINACION:**

NOMBRE DE LA AGENCIA Y DEPARTAMENTO

NOMBRE DE LA PERSONA (si se conoce)

DIRECCION

CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
TELEFONO	FAX	

**Fecha(s) de la supuesta discriminación:**

FECHA DE INICIO DE LA DISCRIMINACION

FECHA ULTIMA O MAS RECIENTE DE LA DISCRIMINACION

**Supuesta discriminación:**

Las quejas deben ser presentadas dentro de 180 días de la supuesta discriminación. Si no se dio cuenta que un acto discriminatorio ocurrió en el plazo de 180 días, tiene 60 días después de que se dio cuenta para poner su queja.

Si su queja se relaciona con la discriminación de prestación de servicios o discriminación que involucre el trato a su persona o a otras personas por parte de la agencia o departamento que se ha indicado anteriormente, indique a continuación las bases en la que usted considera que dichas acciones discriminatorias fueron tomadas.

*Ejemplo: Si usted considera que fue discriminado por ser Afroamericano, marque la casilla que indica Raza/Color y escriba Afroamericano en el espacio proporcionado.*

*Ejemplo: Si usted considera que fue discriminada por ser mujer, marque la casilla que indica Género y escriba Femenino en el espacio que proporcionado.*

<input type="checkbox"/> Raza/Color _____	<input type="checkbox"/> Religión _____
<input type="checkbox"/> Nacionalidad _____	<input type="checkbox"/> Edad _____
<input type="checkbox"/> Género _____	<input type="checkbox"/> Discapacidad _____

**Explique:**

Por favor explique lo sucedido con la mayor claridad possible. Proporcione el(los) nombre(s) de testigos y otras personas involucradas en la supuesta discriminación. (Si es necesario, anexe páginas adicionales y proporcione copias de materials escritos relacionados con su caso.)

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

FIRMA	FECHA
-------	-------

**Nota:** Las leyes ejecutadas por este departamento prohíben las represalias o intimidación contra cualquier persona que haya tomado alguna acción o que haya participado en alguna acción para garantizar los derechos protegidos por estas leyes. Si usted sufre de represalia o intimidación aparte de la discriminación en referencia, por favor comuníquese con:

MDOT EEO Officer/Title VI Specialist  
 Michigan Department of Transportation  
 425 W. Ottawa Street  
 Lansing, MI 48909  
 Phone: 517-373-0980  
 Fax: 517-373-8841