

**AKRON METROPOLITAN AREA TRANSPORTATION STUDY (AMATS)
FORMULARIO DE RECLAMOS DEL TÍTULO VI / DERECHOS CIVILES**

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 [] Otro _____				
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

**AKRON METROPOLITAN AREA TRANSPORTATION STUDY (AMATS)
FORMULARIO DE RECLAMOS DEL TÍTULO VI / DERECHOS CIVILES**

Sección V
<i>¿Ha presentado un reclamo ante cualquier otro organismo local, estatal o federal, o ante algún tribunal estatal o federal?</i>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<i>En caso afirmativo, marque todas las que correspondan:</i>
<input type="checkbox"/> <i>Agencia federal:</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Tribunal federal</i> _____ <input type="checkbox"/> <i>Organismo estatal</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Tribunal estatal</i> _____ <input type="checkbox"/> <i>Organismo local</i> _____
<i>Brinde información sobre una persona de contacto en la agencia o el tribunal estatal donde presentó el reclamo:</i>
<i>Nombre:</i>
<i>Cargo:</i>
<i>Organismo:</i>
<i>Dirección:</i>
<i>Teléfono:</i>
Sección VI
<i>Nombre del organismo contra el cual presenta el reclamo:</i>
<i>Persona de contacto:</i>
<i>Cargo:</i>
<i>Número de teléfono:</i>

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:

Jeff Gardner
Coordinador de Título VI
Akron Metropolitan Area Transportation Study (AMATS)
Suite 201 Ocasek State Office Building
161 South High Street / Akron, Ohio 44308
Phone: 330.375.2436
E-Mail: amats@akronohio.gov