

Título VI

Forma de Reclamo

Nombre de la persona discriminada	Número de teléfono diurno (si disponible)	Número de teléfono nocturno (si disponible)
Dirección de residencia (número y calle, número de departamento)		Ciudad, estado, y código postal de residencia
Nombre de la persona que discriminó contra usted, y la posición de trabajo (si conocido):		
Describa por favor el acontecimiento, la ocasión, el lugar, etc. donde la discriminación sucedió:		
Fecha del incidente discriminatorio:		
<p>Causa de la discriminación (marque por favor):</p> <p> <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Retaliación <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> Estado Civil <input type="checkbox"/> Religión <input type="checkbox"/> Color de Piel <input type="checkbox"/> Nacionalidad <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Impedimento Físico o Mental </p>		
<p>Por favor explique brevemente el incidente que provocó una infracción de Título VI, incluyendo quienes participaron y cualquier otros detalles necesarios para una investigación. (Puede utilizar el otro lado de este papel y/o conectar un documento adicional.)</p>		
Firma	Fecha	
<p>Envíe por correo a: MetroPlan Orlando, ATTN: Title VI Complaint, 250 S. Orange Avenue, Suite 200, Orlando, FL., 32801</p> <p>Correo Electrónico: info@MetroPlanOrlando.gov</p>		