

## Forma Para Poner una Queja De Acuerdo Al ADA Y Título VI

*Nota: La siguiente información se necesita para procesar su queja.*

### Información de la persona que está poniendo la queja:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_

### Persona A La Que Se Discriminó (alguien que no sea la persona que está poniendo la queja)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_

### ¿Cuál de las siguientes razones describe por lo que usted siente que se le discriminó?

Raza \_\_\_\_\_  Nacionalidad (Especifique) \_\_\_\_\_

Color (Especifique) \_\_\_\_\_  Discapacidad (Especifique) \_\_\_\_\_

¿En qué fecha(s) sucedió la discriminación? \_\_\_\_\_

¿En dónde sucedió la discriminación? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el nombre y título de la persona(s) que usted siente que cometió la discriminación contra usted (si lo sabe)? \_\_\_\_\_

Describa la presunta discriminación. Explique qué sucedió y quién cree usted que fue responsable (si necesita más espacio, agregue otra hoja). \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**Escriba una lista con los nombres de las personas que puedan tener conocimiento de la presunta discriminación y cómo contactarlas.**\_\_\_\_\_

---

---

---

**Si ha presentado esta queja con otra agencia federal, estatal o local, o con cualquier corte federal o estatal, marque todas las que apliquen.**

- Agencia Federal     Corte Federal     Agencia Estatal     Corte Estatal  
 Agencia Local

**Por favor proporcione información de la persona a la que presentó su queja en la agencia/corte.**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_

**Por favor firme abajo. Puede incluir cualquier material escrito u otra información que usted crea que es importante para probar su queja.**

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona que presenta la queja                      Fecha

**Número de anexos:** \_\_\_\_\_

**Someta la forma y cualquier información adicional a:**

ADOT Civil Rights Office

ATTN: ADA/Title VI Nondiscrimination  
Program Coordinator

206 S. 17th Avenue, Room 183, MD 155

Phoenix, AZ 85007

Phone: 602.712.8946 Fax: 602.239.6257

www.azdot.gov

Sun Corridor MPO

ATTN: Irene Higgs, Executive Director -  
Title VI Program Coordinator

211 N. Florence St., Ste. 103

Casa Grande, AZ 85122

Phone: 520.705.5143

ihiggs@scmpo.org