



# Formulario de Queja de MCTS por el Título VI

El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y estatutos y reglamentos relacionados contra la discriminación estipulan que *ninguna persona en los Estados Unidos será excluida de la participación en ningún programa o actividad que recibe ayuda financiera federal, ni le serán negados los beneficios correspondientes a dichos programas o actividades, ni estará sujeta a discriminación bajo estos programas o actividades, en base a su raza, color u origen nacional*”.

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Hay ayuda disponible si la solicita. Si se necesita información en otro idioma, contáctenos al 414-937-3218 o por Title6@mcts.org.

Complete por favor este formulario y devuélvalo a la siguiente dirección: Departamento de Recursos Humanos Milwaukee County Transit System, 1942 North 17th Street, Milwaukee, WI 53205-1697, o envíe un e-mail a Title6@mcts.org.

1. Nombre del reclamante \_\_\_\_\_

2. Dirección \_\_\_\_\_

3. Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

4. Teléfono (hogar) \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_

5. E-mail \_\_\_\_\_

6. Persona que ha sido discriminada (si es distinta del reclamante)

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

7. Con sus propias palabras, describa su queja. Deberá incluir detalles específicos, como nombres, fechas, horario, número de ruta, testigos y toda otra información que nos podría ayudar en nuestra investigación de sus acusaciones. Si tiene documentación adicional relacionada con esta queja, inclúyala por favor como un adjunto. Use por favor el dorso de este formulario si necesita espacio adicional.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. ¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o federal, o ante algún tribunal federal o estatal? Sí  No

Si contestó “Sí”, marque el casillero correspondiente:

Agencia federal  Tribunal federal  Agencia estatal  Tribunal estatal  Agencia local

9. Brinde por favor información acerca de una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó esta queja.

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

10. Se requiere la firma abajo.

\_\_\_\_\_  
Firma del reclamante

\_\_\_\_\_  
Fecha