

WestCOG FORMULARIO DE QUEJA POR DISCRIMINACIÓN DE
TÍTULO VI Y PROGRAMAS RELACIONADOS

Envíe este formulario a WestCOG dentro de los 180 días del supuesto hecho o 180 días después de haberse conocido el supuesto hecho

Nombre del denunciante:

Dirección:

Ciudad, Estado:

Teléfono:

•Fue discriminado a causa de:

Raza

Color

Origen Nacional

Edad

Discapacidad

Sexo

•Fechas(s) del Incidente:

Por favor, proporcione la ubicación donde ocurrió la supuesta discriminación y el nombre de la persona o personas que supuestamente lo discriminaron. Por favor, proporcione los nombres, direcciones y teléfonos de cualquier testigo.

Explique en la forma más clara posible lo que pasó y cómo fue discriminado. Si necesita más espacio por favor utilice el reverso del formulario.



•¿Usted ya presentó este reclamo en algún otro estado o agencia federal, estatal o local, o en alguna corte federal o estatal?

Si

No

Tome en cuenta que también puede presentar sus reclamos a CT DOT Office of Contract Compliance, Debra Goss, Title VI Coordinator, 2800 Berlin Turnpike, Newington, CT 06111. Si ya presentó reclamos anteriores, marque todo lo que aplique:

Agencia Federal

Corte Federal

Agencia Estatal

Corte Estatal

Agencia Local

•Por favor proporcione la información de alguna persona de contacto de la agencia/corte donde usted sentó el reclamo:

Nombre:

Dirección:

Ciudad, Estado:

Teléfono:

•Por favor firme y coloque la fecha a continuación. Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información como usted crea relevante para su reclamo.

Firma:

Fecha:

•Presente este reclamo a: Nicole Sullivan, Title VI Coordinator, Western CT Council of Governments, 1 Riverside Road, Newtown, CT 06482, nsullivan@westcog.org, telephone/fax 475-323-2071.

