Polk Transportation Planning Organization

Title VI / Programa Antidiscriminatorio
Querella de Discriminación

Nombre del querellante:	Direcci· n:
N¼mero de tel®fono:	

Nombre, direcci· n, tel®fono y relaci· n (ej. amigo, abogado, pariente, etc.) del Representante del querellante:

Nombre y direcci· n de la Agencia, Instituci· n, o Departamento que usted alega discrimino en su contra:

Nombre(s) del Individuo(s) Quien(es) Usted Allega Discrimino (naron) Contra Usted Si lo(s) Conoce:

Raz· n de la Dicriminazi· n:	☐ Raza	☐ Color	☐ Origen Nacional	Fecha de la alegada discriminación:
			☐ Incapacidad/Impedimento	
	☐ Sexo	☐ Edad	F²sico	
	☐ Status de Ingreso	☐ Represalia	☐ Otro	

Favor de indicar el nombre (s) y n¼mero(s) de tel®fono(s) de alguna persona(s) que el Departamento de Transporte puede comunicarse para informaci· n adicional que clarifique o respalde su alegaci· n o alegaciones.

Favor de explicar tan claro como sea posible, **como**, **porque**, **cuando** y **donde** usted cree que fue discriminado. Incluya suficiente informaci· n acerca de los antecedentes seg¼n le sea posible, de los alegados actos de discrimen. Puede a¶adir paginas adicionales, si es necesario.

Firma del Querellante(s) o su Representante: Fecha: