



## TITULO VI FORMULARIO DE QUEJA

### **Solo Para Uso de Empleados**

Date of Complaint Received: \_\_\_\_\_ Tracking No. \_\_\_\_\_

All Title VI complaints shall be investigated and addressed with a formal written response within **90 days** of the date the complaint is received. If more information is needed to resolve the case, CAMPO may contact the complainant. The complainant has 30 days from the date of the letter to send requested information to the investigator assigned to the case. If the investigator is not contacted by the complainant or does not receive the additional information within 30 days, CAMPO can administratively close the case. A case can be administratively closed if the complainant no longer wishes to pursue their case.

**---Additional Information available in Title VI Complaint Procedures---**

Nombre del Reclamante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Requisitos de formato accesible? Impresión en letra grande  Cinta de audio  TDD   
Otro  \_\_\_\_\_

Persona Discriminada (si no es quien presenta la queja): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Por favor explique por qué presento la queja en representación de otra persona: \_\_\_\_\_

Por favor confirme que obtuvo el permiso de la persona afectada si está presentando en nombre de otra persona: Sí  No

Día, hora y lugar del Incidente: \_\_\_\_\_

Naturaleza de la queja:

- Raza    Color    Origen nacional    Sexo    Edad    Discapacidad
- Habilidad limitada en inglés

Otro: \_\_\_\_\_

Detalles de la queja: Por favor describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que discriminó contra usted (si lo conoce), así como el nombre y la información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, utilice la parte posterior de este formulario.

---

---

---

Fecha y hora en que ocurrió la discriminación: \_\_\_\_\_

Lugar donde ocurrió la discriminación: \_\_\_\_\_

¿Hubo otros testigos de la discriminación?

Nombre	Organización/Cargo	Teléfono

¿Como le gustaría ver que se resuelva esta situación?

---

---

---

¿Ha presentado su queja, reclamación o demanda ante alguna otra agencia o tribunal?

¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Estado (pendiente, resuelto, etc.) \_\_\_\_\_

Resultado, si se conoce \_\_\_\_\_

Número de la queja, si se conoce \_\_\_\_\_

¿Ha presentado una demanda relacionada con esta queja? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Puede adjuntar cualquier material escrito y otra información que considere relevante para su queja. Se requiere firma y fecha a continuación.

---

Firma

---

Fecha

Por favor presente este formulario en persona o envíelo por correo a:

Carson Area Metropolitan Planning Organization Transportation Manager  
3505 Butti Way Carson City, NV 89701

Queja recibida por: \_\_\_\_\_

INVESTIGACIÓN \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ACCIÓN RECOMENDADA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hecha por \_\_\_\_\_

REGISTRÓ DE ACCIÓN FINAL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hecha por \_\_\_\_\_