

600 Broadway, Suite 200  
Kansas City, MO 64105-1659

816/474-4240  
816/421-7758 FAX  
www.marc.org



**Título VI Formulario de Queja  
Mid-America Regional Council**

Mid-America Regional Council (MARC) se asegura que ninguna persona, basándose en la raza, color, sexo o nacionalidad de origen, como se estipula en el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y la Ley de Restablecimiento de los Derechos Civiles de 1987 (PL 100.259), será excluida de participar, se le nieguen los beneficios o de otra forma sea sujeta de discriminación bajo cualquier programa o actividad. Además, MARC asegura que se harán todos los esfuerzos para asegurar la no-discriminación en todos sus programas y actividades, ya sean que esos programas y actividades estén o no financiados con fondos federales.

El propósito de este formulario es ayudarle a presentar una queja de Título VI con Mid-America Regional Council (MARC). No es obligatorio que utilice este formulario; una carta que contenga la misma información será suficiente. Sin embargo, es importante incluir toda la información relacionada con los puntos marcados con un asterisco (\*), ya sea que se use o no el formulario.

1.\* Especifique su nombre y dirección

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Número de Teléfono:

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

2.\* Persona discriminada si es diferente a la de arriba:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Número de Teléfono:

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

Explique su relación con esta(s) persona(s):

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

3.\* Agencia, departamento o programa que le discriminó:

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

Cualquier individuo (si lo conoce): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Número de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

4A.\* No Empleo: ¿Su queja se refiere a una discriminación en la prestación de servicios o sobre otras acciones discriminatorias de la organización metropolitana de planeamiento en su trato hacia usted u otras personas? De ser así, indique más abajo la o las bases sobre las cuales cree que estas acciones discriminatorias se realizaron (por ejemplo, "Raza: Afro Americano" o "Sexo: Femenino").

\_\_\_\_\_ Raza/Color: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nacionalidad de Origen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Discapacidad: \_\_\_\_\_

4B.\* Empleo: ¿Su queja se refiere a la discriminación en el trabajo por el MPO? De ser así, indique más abajo la o las bases sobre las cuales cree que estas acciones discriminatorias se realizaron (por ejemplo, "Raza: Afro Americano" o "Nacionalidad de Origen: Canadiense").

\_\_\_\_\_ Raza/Color: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nacionalidad de Origen: \_\_\_\_\_

5. ¿Cuál es la hora y lugar más conveniente para que lo contactemos con relación a esta queja?

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

6. Si no lo podremos contactar directamente, nos puede dar el nombre y número de teléfono de una persona que nos indique cómo contactarnos con usted y/o nos dé información sobre su queja:

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

Número de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

7. Si tiene un abogado que lo representa con relación a los temas estipulados en esta queja, favor indique lo siguiente:

Nombre del Abogado: \_\_\_\_\_

Dirección del Abogado: \_\_\_\_\_

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

Número de teléfono del abogado: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_



12. ¿Tiene alguna otra información que crea que es relevante para nuestra investigación de sus alegatos?

---

---

---

---

---

13. ¿Qué tipo de remediación está buscando por la discriminación alegada?

---

---

---

---

---

14. ¿Usted (o la persona que fue discriminada) presentó la misma queja o cualquier otra queja en otras agencias como la MoDOT o la Oficina de Derechos Civiles de KDOT, etc.?

Sí \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

De ser así, ¿Sabe el número de la queja?

---

¿Contra qué agencia y departamento o programa fue presentada?

---

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Número de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de presentación: \_\_\_\_\_ Agencia: \_\_\_\_\_

Brevemente, ¿Sobre qué se trató la queja?

---

---

---

---

¿Cuál fue el resultado?

---

---

15. ¿Ha presentado o tiene la intención de presentar un cargo o una queja con relación a los temas expuestos en la presente queja con alguno de los siguientes?

\_\_\_\_\_ Comisión de Igualdad de Oportunidad de Empleo de Estados Unidos

\_\_\_\_\_ Corte Federal o Estatal

\_\_\_\_\_ Su Oficina Estatal de Igualdad de Oportunidad y/o la Oficina Local de Derechos Humanos

16. Si ya ha presentado un cargo o una queja con una agencia indicada en la pregunta 15 anterior, favor provea la siguiente información (adjunte hojas adicionales si fueran necesarias):

Agencia: \_\_\_\_\_

Fecha de Presentación: \_\_\_\_\_

Número de Caso o Expediente: \_\_\_\_\_

Fecha del Juicio/Audiencia: \_\_\_\_\_

Ubicación de la Agencia/Corte: \_\_\_\_\_

Nombre del Investigador: \_\_\_\_\_

Estado del Caso: \_\_\_\_\_

Comentarios:

---

---

---

---

17. ¿Cómo se enteró que podía presentar esta queja?

---

---

18.\* No podemos aceptar una queja si no ha sido firmada. Favor firme y feche el presente formulario de queja a continuación.

\_\_\_\_\_

(Firma)

\_\_\_\_\_

(Fecha)

Por favor, siéntase libre de agregar hojas adicionales para explicarnos la situación actual.

Envíe por correo el Formulario de Queja de Discriminación completo y firmado (haga una copia para su propio archivo) a:

Mid-America Regional Council

Attn: Title VI Coordinator

600 Broadway, Suite 200

Kansas City, MO 64105-1659

Teléfono: (816) 474-4240