

Organización de Planificación Metropolitana del Valle del Río Grande

Formulario de Queja por Discriminación

La Organización de Planificación Metropolitana del Valle del Río Grande (MPO), como receptora de asistencia financiera federal y bajo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y los estatutos conexos, garantiza que ninguna persona, por motivos de raza, religión, color, origen, sexo, edad o discapacidad se excluyen de la participación en, se les niegan los beneficios de, o de otra manera ser objeto de discriminación bajo cualquier programa o actividad de la agencia. Estas prohibiciones van desde la MPO, como receptor directo de asistencia financiera federal, a sus subreceptores (por ejemplo, contratistas, consultores, gobiernos locales, colegios, universidades, etc.). Todos los programas financiados total o parcialmente con asistencia financiera federal están sujetos a los requisitos del Título VI. La Ley de Restauración de Derechos Civiles de 1987 extendió esto a todos los programas dentro de una agencia que recibe asistencia federal independientemente de la fuente de financiamiento para programas individuales.

A petición, se pueden hacer adaptaciones razonables para las personas que no pueden completar el formulario de queja debido a discapacidad o dominio limitado del inglés. Una queja puede ser presentada por un representante en nombre de un reclamante. La queja debe **presentarse** a más tardar 180 días naturales a partir de la fecha más reciente de la supuesta discriminación. La fecha de **presentación** es el día en que completa, firma y envía este formulario de queja. El formulario de queja y el formulario de consentimiento/liberación deben estar fechados y firmados para su aceptación. Tiene 30 días naturales para responder a cualquier solicitud por escrito de información adicional. Si no lo hace, se cierre la reclamación. Para asistencia llame al (956) 969-5778 o envíe formularios originales firmados por correo o entregue a:

Organización de Planificación Metropolitana del Valle del Río Grande

ATTN: Coordinador del Título VI

617 W University Drive

Edinburg, Texas 78596

Por favor, lea toda la información cuidadosamente antes de comenzar a completar el formulario.

_____	_____	_____	
Primer Nombre	ISN	Apellido	
_____	_____	_____	_____
Dirección de la calle	Ciudad	Estado	Código postal
_____	_____		
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico		

Indique la base de su queja por discriminación.

Raza

Color

Religión

Sexo

Edad

Discapacidad

Origen Nacional

En el siguiente espacio, proporcione la siguiente información (adjunte páginas adicionales según sea necesario):

1. Describa en detalle los incidentes específicos que son las bases de la supuesta discriminación.
2. Describa cada incidente de discriminación por separado.
3. Explique cómo otras personas fueron tratadas de manera diferente por la persona/agencia que lo discriminaba.
4. Enumere e identifique a los testigos de los incidentes o a las personas que tengan conocimiento personal de la información relativa a su queja.

¿Ha denunciado este incidente o actos de discriminación relacionados?

Si

No

Si es así, identifique a quién ha realizado el informe, la fecha en la que realizó el informe y la resolución.
Proporcione/adjunte cualquier documentación de apoyo.

Si ayuda con el proceso de queja, proporcione el nombre/información de contacto de su asesor.

Primer Nombre

ISN

Apellido

Nombre de la empresa/organización

Posición/Título

Número de Teléfono

Dirección de la calle

Ciudad

Estado

Código postal

Por favor, firme y fecha esta queja para que nos enfrentemos a sus alegaciones. El Formulario de Consentimiento/Liberación de Quejas por Discriminación se adjunta y también debe completarse para ayudarnos con nuestra investigación. Si está presentando una queja de discriminación en nombre de otra persona, necesitaremos el consentimiento de la persona.

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información que he proporcionado es exacta y que los eventos y circunstancias son como los he descrito. También entiendo que si me asistido por un asesor, mi firma a continuación autoriza a la persona nombrada a recibir copias de la correspondencia pertinente con respecto a la queja y a acompañarme durante la investigación.

Firma

Fecha