



MetroPlan Orlando Título VI

Forma de Reclamo

Nombre de la persona discriminada	Número de teléfono diurno (si disponible)	Número de teléfono nocturno (si disponible)		
Dirección de residencia (número y calle, número de departamento)	Ciudad, estado, y código postal de residencia			
Nombre de la persona que discriminó contra usted, y la posición de trabajo (si conocido):				
Describa por favor el acontecimiento, la ocasión, el lugar, etc. donde la discriminación sucedió:				
Fecha del incidente discriminatorio:				
Causa de la discriminación (marque por favor):				
Raza	Retaliación	Sexo	Estado Civil	Religión
Color de Piel	Nacionalidad	Edad	Impedimento Físico o Mental	
Por favor explique brevemente el incidente que provocó una infracción de Título VI, incluyendo quienes participaron y cualquier otros detalles necesarios para una investigación. (Puede utilizar el otro lado de este papel y/o conectar un documento adicional.)				
Firma	Fecha			
Envíe por correo a: Cynthia Lambert, MetroPlan Orlando, 250 S. Orange Avenue, Suite 200, Orlando, FL., 32801 Correo Electrónico: clambert@metroplanorlando.org Fax: (407) 481-5680				