



FORMULARIO DE QUEJA DE TÍTULO VI

Dirección de Transporte de la Zona Metropolitana de Washington (WMATA)

La WMATA tiene el compromiso de que a ninguna persona se excluya de participar ni se le niegue la prestación de sus servicios por su raza, color de piel o nacionalidad, como lo establecen el Título VI de la ley de Derechos Civiles de 1964 y sus enmiendas. La información siguiente es necesaria para ayudarnos a tramitar su queja. Si necesita algún tipo de ayuda para llenar este formulario, por favor comuníquese con el Coordinador de Título VI llamando al (202) 962-2582. Una vez llenado, el formulario deberá enviarse a WMATA Office of Equal Employment Opportunity, 300 7th Street, SW, Washington, DC 20024.

(Por favor llene en letra de molde)

Sección I:	
Nombre:	
Dirección:	
Teléfono (casa):	Teléfono (trabajo):
Dirección de correo electrónico:	
¿Necesita un formato más accesible? <input type="checkbox"/> Tipo grande de letra <input type="checkbox"/> Cinta de audio <input type="checkbox"/> Teléfono de texto <input type="checkbox"/> Otro (especifique)	

Sección II:	
¿Presenta usted esta queja a nombre propio?	<input type="checkbox"/> Sí* (de responder que sí, pase a la Sección III) <input type="checkbox"/> No
De responder que no, por favor indique el nombre y la relación que tiene con la persona por quien presenta la queja.	
Por favor explique por qué presenta la queja a nombre de un tercero:	
Si presenta la queja a nombre de un tercero, por favor confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Sección III:
Creo que la discriminación de que fui objeto fue por mi (marque todas las opciones que correspondan):
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color de piel <input type="checkbox"/> Nacionalidad <input type="checkbox"/> Otra razón (especifique)
Fecha de la presunta discriminación (mes, día, año):
Explique de la manera más clara posible lo que sucedió y por qué cree que se le discriminó. Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y los datos de contacto de la(s) persona(s) que lo discriminó/discriminaron (de conocerlos), así como los de cualquier testigo. Por favor use la parte de atrás de este formulario si necesita más espacio.

Llene el reverso del formulario

