



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):				
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Retaliación	<input type="checkbox"/> Sexo	<input type="checkbox"/> Estado Civil	<input type="checkbox"/> Religión
<input type="checkbox"/> Color de Piel	<input type="checkbox"/> Nacionalidad	<input type="checkbox"/> Edad	<input type="checkbox"/> 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, 315 E. Robinson Street, Suite 355, Orlando, FL, 32801				
Correo Electrónico: clambert@metroplanorlando.com Fax: (407) 481-5680				