

**FORMULARIO DE RECLAMO POR
DISCRIMINACIÓN SEGÚN EL TÍTULO VI DE SOLUCIONES DE
TRANSPORTE DEL ÁREA METROPOLITANA DE ANCHORAGE
(Anchorage Metropolitan Area Transportation Solutions, AMATS)
(AMATS TITLE VI DISCRIMINATION COMPLAINT FORM)**

El propósito de este formulario es ayudarle a presentar un reclamo por discriminación con base en raza, color, nacionalidad o sexo (género) que surgió con cualquier plan, programa o actividad de AMATS. No se requiere que utilice este formulario. Sin embargo, es importante **que incluya toda la información relacionada con los puntos marcados con una estrella (*)**, ya sea que se use o no este formulario.

***1. Proporcione su nombre y dirección aquí:**

Nombre: _____

Dirección: _____

Número telefónico: Casa: (____) _____ Trabajo: (____) _____

***2. Proporcione el nombre de la persona o grupo de personas discriminadas aquí, si no son los mismos que en el N.º 1 anterior:**

Nombre: _____

Dirección: _____

Número telefónico: Casa: (____) _____ Trabajo: (____) _____

Explique su relación con esta persona o grupo de personas:

***3. Proporcione el nombre de la Agencia, el Departamento, Plan, Programa, Servicios, Actividad o Persona relacionados con AMATS que discriminaron:**

Nombre de cualquier persona (si lo sabe):

Nombre: _____

Dirección: _____

Número telefónico: (_____) _____

***4. A continuación indique las bases sobre las que considera que ocurrió la discriminación?**

____ Raza/color: _____

____ Nacionalidad: _____

____ Sexo: _____

____ Religión: _____

____ Edad: _____

____ Discapacidad: _____

5. ¿Cuál es el horario y lugar más convenientes para comunicarnos con usted sobre este reclamo?

6. Si no podemos localizarlo directamente, proporcione el nombre y número telefónico de una persona a quien usted le autorice indicarnos cómo localizarlo y/o proporcione información sobre su reclamo:

Nombre: _____

Número telefónico: (_____) _____

7. Si tiene un abogado que lo represente en relación con los problemas que surgieron en este reclamo, proporcione lo siguiente:

Nombre del abogado: _____

Dirección del abogado: _____

Número telefónico del abogado: (_____) _____

***8. Segundo lo mejor que recuerda, ¿en qué fechas se llevó a cabo la supuesta discriminación?**

Fecha de la primera discriminación: _____

Fecha de la discriminación más reciente: _____

***9. Explique tan claro como sea posible lo que ocurrió, por qué cree que sucedió y cómo cree que lo discriminaron. Indique quién estuvo involucrado. Asegúrese de incluir cómo otras personas fueron tratadas de manera distinta a usted (puede utilizar hojas adicionales si es necesario y adjunte una copia de los materiales escritos que corresponden a su caso).**

10. Las leyes de no discriminación que hacemos cumplir, prohíben a los beneficiarios de los fondos federales programados a través de AMATS que intimiden o tomen represalias contra cualquier persona por haber actuado o participado en una acción para asegurar los derechos que protegen estas leyes. Si considera que se han tomado represalias contra usted (aparte de la supuesta discriminación del N.º 9), explique las circunstancias a continuación. Asegúrese de explicar qué acciones tomó usted que considera que fueron la base para la supuesta represalia.

11. Mencione a continuación a cualquier persona (testigos, empleados/colegas, supervisores u otros) si los conoce, con quienes podamos comunicarnos para obtener información adicional para respaldar o aclarar su reclamo.

Nombre / Dirección / Números telefónicos con código de área:

12. ¿Tiene alguna otra información que considera que puede ser relevante para la investigación de sus alegatos de discriminación?

13. ¿Qué solución busca para la supuesta discriminación?

14. ¿Usted (o la persona que fue discriminada) presentó, o tiene la intención de presentar, un cargo o reclamo en relación con el asunto expuesto en este reclamo a otras agencias (como, la Comisión Municipal de Igualdad de Derechos (Municipal Equal Rights Commission), la Oficina Municipal de Igualdad de Oportunidades (Municipal Office of Equal Opportunity), la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Transporte e Instalaciones Públicas de Alaska (ADOT&PF Civil Rights Office), la Administración Federal de Carreteras (Federal Highway Administration), la Administración Federal de Tránsito (Federal Transit Administration), la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Justicia de EE.UU. (U.S Department of Justice Office for Civil Rights) o Corte federal o estatal (Federal or State Court))?

Sí _____ No _____

¿En qué agencia y departamento o programa la presentó?

Dirección:

Número telefónico: (____) _____

Fecha de presentación: _____

Número de reclamo, caso o expediente:

Fecha del juicio/audiencia:

Ubicación de/corte:

Nombre del investigador:

Estado del caso:

Brevemente, ¿sobre qué hizo el reclamo?

¿Cuál fue el resultado? No dude en utilizar hojas adicionales para explicarnos la situación actual.

15. ¿Cómo se enteró de que podía presentar este reclamo?

***16. No podemos aceptar un reclamo si no está firmado. Firme y coloque la fecha en este formulario de reclamo a continuación.**

(Firma)

(Fecha)

Una vez que el formulario está completo, asegúrese de hacer una copia para sus registros.

Envíe por correo este Formulario de reclamo por discriminación del título VI firmado y completado al:

AMATS Title VI Coordinator
Municipality of Anchorage Community Development Department
Transportation Planning Section
P.O. Box 196650
Anchorage, AK 99519