

Formulario de reclamación



ORGANIZACIÓN DE PLANIFICACIÓN METROPOLITANA
4700 Elmore Road
Anchorage, Alaska 99507

Formulario de reclamación por discriminación según el Título VI y la ADA

Soluciones de Transporte del Área Metropolitana de Anchorage se toma muy en serio las reclamaciones basadas en discriminación. Si siente que lo han discriminado, complete este Formulario de reclamación por discriminación. ***Las leyes federales y estatales exigen que las reclamaciones se presenten en un plazo de ciento ochenta (180) días calendario desde el supuesto incidente.***

La siguiente información es necesaria para ayudar en el procesamiento de su reclamación. No se pueden aceptar reclamaciones anónimas. Comuníquese con AMATS si necesita ayuda o si necesita una copia impresa de este formulario enviándonos un correo electrónico a: amatsinfo@anchorageak.gov o dejando un mensaje de voz al **907-343-8254**.

Complete y devuelva este formulario a: Anchorage Metropolitan Area Transportation Solutions, Title VI Coordinator, 4700 Elmore Road, Anchorage, Alaska 99507 o por correo electrónico: amatsinfo@anchorageak.gov.

Información

Escriba la siguiente información sobre usted (los recuadros rojos son campos obligatorios):

Su nombre completo:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono:

Teléfono de trabajo:

Correo electrónico:

Otro:



ORGANIZACIÓN DE PLANIFICACIÓN METROPOLITANA
4700 Elmore Road
Anchorage, Alaska 99507

Personas discriminadas (si no es usted)

Nombre completo:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código
postal:

Teléfono:

Teléfono de trabajo:

Correo electrónico:

Otro:

Explique su relación con las personas indicadas arriba:

¿Cómo deberíamos comunicarnos con usted para la reclamación?

☐ Correo electrónico

☐ Teléfono

☐ Correo

Motivo de la discriminación

1. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el motivo por el que cree que ocurrió la supuesta discriminación?

☐ Raza

☐ Discapacidad

☐ Color

☐ Sexo

☐ País de origen

☐ Edad



ORGANIZACIÓN DE PLANIFICACIÓN METROPOLITANA
4700 Elmore Road
Anchorage, Alaska 99507

Narrativa

2. Según su mejor recuerdo, ¿en qué fecha ocurrió la supuesta discriminación?

Fechas:

3. Explique con la mayor información posible cómo siente que lo discriminaron. Incluya todos los nombres y fechas relevantes. Si es necesario, utilice hojas adicionales para completar su respuesta.

4. ¿Usted (o la persona discriminada) han presentado una reclamación ante alguna otra agencia federal, estatal o local?

☐ Sí

☐ No

Si es así, ¿qué agencias y cuándo?

Firma *Afirmo que he leído la acusación de arriba y, basándome en la información entregada, es cierta según mi leal y saber entender.*

Nombre en letra de molde:

Fecha:

Firma: