FORMULARIO DE QUERELLA DE TÍTULO VI
Departamento de Transporte del Condado de Montgomery
División de Servicios de Tránsito

El Condado de Montgomery está comprometido a garantizar que no se excluirá a ninguna persona de participar o se le denegarán los beneficios de sus servicios por motivo de raza, color u origen nacional, conforme al Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, según enmendada. La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su querella. Si necesita ayuda para cumplimentar este formulario, comuníquese con el Administrador de la Oficina de Cumplimiento de Derechos Humanos al (240) 777-8450. Debe devolver el formulario completo a Montgomery County Office of Human Rights, 21 Maryland Avenue, Suite 330, Rockville, MD 20850.

(Escriba en letra de molde)

Sección I:		
Nombre:		
Dirección:		
Teléfono (residencia):		Teléfono (trabajo):
Correo electrónico:		
¿Necesita un formato accesible?	❍ Letra grande ☐ ☐Cinta de audio ☐ ☐TDD ☐ ☐Otro (especifique)	

Sección II:		
¿Está presentando esta querella en su propio nombre?	❍ Sí* (si contesta sí, vaya a la Sección III) ☐ ☐No	
Si contesta no, escriba el nombre y relación con la persona en nombre de la cual está presentando la querella.		
Explique por qué ha presentado una querella en nombre de un tercero:		
Confirme que ha obtenido el permiso de la parte afectada si está presentando una querella en nombre de un tercero.		❍ Sí ☐ ☐No

Sección III:
Pienso que la discriminación que sufrí estuvo basada en (marque todas las que correspondan): **☐ Raza ☐Color ☐Origen nacional ☐Otro (especifique)**
Fecha de la presunta discriminación (mes, día, año):
Explique de la manera más clara posible lo que ocurrió y por qué piensa que sufrió discriminación. Describa todas las personas que participaron. Incluya el nombre y datos personales de la persona(s) que discriminó contra usted (si se conoce) y los nombres y datos personales de cualquier testigo. Si necesita más espacio, escriba al dorso de este formulario.

Complete el dorso de este formulario

Sección IV:	
¿Ha presentado anteriormente una querella de Título VI ante esta agencia? Explique.	☒ Sí ☐ No

Sección V:	
¿Ha presentado esta querella ante otra agencia federal, estatal o local o cualquier tribunal federal o estatal?	☒ Sí ☐ No
Si ha presentado esta querella ante otra entidad, proporcione la información a continuación:	
Agencia:	Nombre de contacto:
Dirección:	Número de teléfono:

Agencia:	Nombre de contacto:
Dirección:	Número de teléfono:

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que piense que sea pertinente para su querella.

Afirmo que he leído el cargo que se describió arriba y que es verdadero a mi leal saber y entender, información y creencias.

_____

Firma del querellante Fecha

Envíe este formulario de querella a:
Montgomery County Office of Human Rights, 21 Maryland Avenue, Suite 330, Rockville, MD 20850