

Exhibit 4 Formulario de Queja de Derechos Civiles Español

Amarillo MPO Formulario de Queja de Derechos Civiles If
information is needed in another language, contact 806-378-4219.
Atención Sesión Pública Convocatoria Aviso 806-378-4219 Para Obtener
Información – www.amarillo.gov

Amarillo MPO se compromete a garantizar que ninguna persona sea excluida de la participación o se le nieguen los beneficios de sus servicios por motivos de raza, color u origen nacional, según lo dispuesto en el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, según enmendada. Las quejas del Título VI deben presentarse dentro de los 180 días hábiles y las quejas de la ADA dentro de los 90 días hábiles posteriores a la fecha de la presunta discriminación.

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con el Director de Amarillo MPO llamando al 806-378-4219. El formulario completo debe enviarse a:

Amarillo Metropolitan Planning Organization
Atención: MPO Director
P.O. Box 1971
Amarillo, Texas 79105

Sección I

Te llamas: _____ Teléfono de la casa: _____
Dirección: _____ Teléfono del trabajo: _____
Dirección de correo electrónico: _____ Ciudad estado. y código postal: ¿Necesitas
esta información en un formato accesible? _____
Letra grande TDD Cinta de audio Otros _____

Sección II

¿Está presentando esta queja en su propio nombre?: Sí* No

*Si tu respuesta es afirmativa, ve a la Sección III

En caso negativo, indique el nombre y la relación de la persona por la que se queja: Nombre
_____ Relación _____ Explique por
qué ha presentado una queja en nombre de un tercero: _____

Escriba en letra de imprenta y firme su nombre reconociendo que ha obtenido permiso para presentar esta queja en nombre del tercero

Nombre impreso _____ Firma _____

Sección III

Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque con un círculo todo lo que corresponda)

Race _____ Color _____ Nacional Origin _____

Fecha de la presunta discriminación (Mes, Día, Año): _____

Explique lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que lo discriminó (si se conoce), así como los nombres y el contacto

Section IV

¿Ha presentado previamente una queja del Título VI ante esta agencia? Encierre en un círculo la respuesta apropiada - Sí _____ No _____

Section V

¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local o ante algún tribunal federal o estatal? Encierre en un círculo la respuesta apropiada - Sí No En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

☐ Agencia Federal: _____ ☐ Agencia Estatal: _____

☐ Tribunal Federal: _____ ☐ Agencia

Local: _____

☐ Tribunal Estatal: _____

Proporcione información de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la queja:

Nombre _____

Section VI

Nombre de la queja de la agencia es contra: _____

Persona de contacto: _____ Title: _____

Número de teléfono: _____

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja. Firma y fecha requeridas

Escriba su nombre

Firme su nombre

Fecha

Envíe este formulario en persona a: Envíe este formulario por correo a:

Amarillo MPO

808 South Buchanan

P.O. Box 1971

Amarillo, Texas 79101 Amarillo, Texas 79105-1971

Fecha de recepción:

Recibido por: _____