

**Formulario de Quejas--  
Título VI y Programas Relacionadas  
Title VI & Related Programs Complaint Form  
Southeastern Connecticut Council of Governments**

---

Southeastern Connecticut Council of Governments (SCCOG) se compromete a garantizar que ninguna persona sea excluida de participar o negarse a 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.

Cualquier persona que crea que él o ella ha sido discriminada por motivos de raza, color u origen nacional por el SCCOG puede presentar una queja del Título VI completando este formulario de queja. El SCCOG investiga las quejas recibidas no más de 180 días después del presunto incidente. Para obtener información adicional sobre las quejas del Título VI, lea el Procedimiento de Quejas del Título VI del SCCOG.

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Envíe este formulario en persona a la dirección que figura a continuación, o envíe este formulario a:

SCCOG Title VI Coordinator  
5 Connecticut Avenue  
Norwich, CT 06360

Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con el Coordinador del Título VI llamando al (860) 889-2324.

## **Sección I**

Nombre:

Número de Teléfono:

Dirección de Calle:

Email:

Ciudad / Estado / Código Postal:

¿Necesita alguno de estos formatos accesibles?

Letra Grande     Cinta de Audio     TDD/TTY     Otros

## Sección II

¿Está presentando esta queja por ti mismo?  Sí\*  No

\* En caso afirmativo, vaya a la Sección III.

Si la respuesta es No, indique el nombre y la relación de la persona por la que se queja:

\_\_\_\_\_

Por favor explique por qué están enviando una queja para otra persona:

\_\_\_\_\_

Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la otra parte si está presentando una solicitud en nombre de un tercero:  Sí  No

## Sección III

Creo que la discriminación que experimenté estaba basada en (marque todo lo que corresponda):

RAZA  COLOR  ORIGEN NACIONAL  
Sólo para quejas FHWA:  AÑOS  GÉNERO

Fecha de presunta discriminación. (Mes, Día, Año ):

Explique lo más claramente posible qué sucedió y por qué cree que lo discriminaron. Describe a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que lo discriminaron (si se sabe) así como los nombres de los testigos y su información de contacto. Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.

## Sección IV

¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal?

Sí       No

En caso afirmativo, proporcione información de contacto para una persona de contacto en la agencia / corte donde se presentó la queja:

Nombre:

Título:

Agencia/Corte:

Dirección:

Número de Teléfono:

## Section V

El nombre de la agencia contra la cual se queja:

Persona de Contacto:

Título:

Número de Teléfono:

Se requiere su firma y fecha.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

*To be completed by SCCOG/ Para ser completado por el SCCOG:*

Fecha se Recibió: \_\_\_\_\_

Recibido por: \_\_\_\_\_