



Formato de Queja de Discriminación

La Organización de Planeación Metropolitana de Laredo y el Área del Condado de Webb (LWCAMPO), de conformidad al Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y los estatutos relacionados, asegura que ninguna persona por motivos de raza, religión, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad serán excluido de participar o de obtener beneficios, y/o estar sujetos a discriminación en cualquier programa o actividad de las dependencias que en su totalidad o en parte reciben asistencia financiera federal. Estas prohibiciones se extienden desde LWCAMPO, como receptor directo de la asistencia financiera federal, a sus subreceptores (por ejemplo, contratistas, consultores, gobiernos locales, universidades, etc.). La Ley de Restauración de Derechos Civiles de 1987 extendió dicho mandato a todos los programas dentro de las dependencias que reciben asistencia federal independientemente de la fuente de financiamiento para los programas.

A petición, se pueden hacer adecuaciones para quienes no pueden realizar el formulario de queja debido a una discapacidad o dominio limitado del idioma. Una queja puede ser presentada por el representante de la parte denunciante. La queja se debe **presentar** a más tardar 180 días naturales a partir de la fecha de la supuesta discriminación. La fecha de presentación será el día que el formulario de la queja este firmado y enviado. El formulario de queja y la forma de consentimiento deberán tener fecha y firma para ser aceptadas. Tienen 30 días naturales para responder a cualquier solicitud por escrito para obtener información adicional. De lo contrario, se archivará la queja. Para obtener ayuda, llame al (956) 794-1613 o por correo electrónico a jmendive@ci.laredo.tx.us. Envíe formularios originales firmados por correo o entregue en:

La Organización de Planeación Metropolitana de Laredo y el Area del Condado de Webb

ATTN: Juan Mendive MPO Director/Title VI Coordinator

1413 Houston St. Laredo, Texas 78040

Email: jmendive@ci.laredo.tx.us

Telephone: (956) 794-1605

Favor de leer toda información antes de llenar la forma.

Información del Titular: *(Si tuvo asistencia con el proceso de la queja, favor de indicar el nombre del asesor en esta sección)*

Primer Nombre

Inicial de
2do nombre

Apellido

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------	--------	--------	---------------

Número de Teléfono	Correo electrónico
--------------------	--------------------

Datos de la persona quien fue discriminada: *(Si Ud. es el representante de la persona quien fue discriminada favor de ingresar los datos de esa persona en esta sección)*

Primer Nombre	Inicial de 2do nombre	Apellido
---------------	-----------------------	----------

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------	--------	--------	---------------

Número de Teléfono	Correo electrónico
--------------------	--------------------

¿Quien cree que le discriminó?

Nombre	Apellido
--------	----------

Nombre de Organización	Título
------------------------	--------

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------	--------	--------	---------------

¿Cuándo se produjeron los supuestos actos de discriminación? Indique todas las fechas en formato mm/dd/aaaa.

¿Sigue la supuesta discriminación en curso? Sí No

Indique el fundamento de su queja de discriminación

Raza

Color

Religión

Sexo

Edad

Discapacidad

País de Origen

¿Hay testigos que puedan colaborar el (los) presunto (s) acto (s) de discriminación?

Sí

No

Si es así, por favor identifique a quien pueda colaborar este informe.

¿Ha denunciado este incidente o acto de discriminación relacionados a alguna agencia a nivel federal, estatal, o local; o alguna corte a nivel federal, estatal o local?

Sí

No

Si es así, por favor identifique la agencia o corte a quien ha hecho el informe:

Agencia Federal

Corte Federal

Agencia Estatal

Corte Estatal

Agencia Local

Corte Local

Otra Agencia o Corte:

Si es así, por favor identifique a quien ha hecho el informe, la fecha en que usted hizo el informe y la resolución. (Incluir/adjuntar documentación de respaldo)

Fecha: _____

Resolución

Primer Nombre	Inicial de 2do nombre	Apellido	
Nombre de Organización	Titulo		Número de Teléfono
Dirección	Ciudad	Estado	Codigo Postal

Favor de firmar e indicar la fecha de esta queja para que podamos abordar sus acusaciones. El formulario de Consentimiento/Liberación se adjunta, y también debe ser realizada con el fin de ayudarnos con nuestra investigación. Si usted está presentando una queja de discriminación en nombre de otra persona, será necesario el consentimiento de la persona.

Yo certifico con lo mejor de mi conocimiento que la información que he proporcionado es correcta y los hechos y circunstancias son como los he descrito. También entiendo que, si voy a ser asistido por un asesor, mi firma autoriza a la persona nombrada para recibir copias de la correspondencia pertinente con respecto a la queja y que me acompañe durante la investigación.

Firma	Fecha
-------	-------



Titulo VI Formulario de Consentimiento para Queja de Discriminación.

Lea atentamente toda la información antes de comenzar a completar el formulario.

Primer Nombre	Inicial de 2do nombre	Apellido	
Dirección	Ciudad	Estado	Codigo Postal

Este formato es un mecanismo para otorgar autorización a Laredo & Webb County Area Metropolitan Planning Organization (LWCAMPO) para que en caso de ser necesario la MPO revele mi identidad a la organización o institución investigada, en el proceso de queja de discriminación en cumplimiento con la ley de Libertad de Información. Entiendo que, como demandante, estoy protegido contra represalias por haber tomado acciones para garantizar mis derechos establecidos en estatutos y reglamentos contra la no discriminación de la Administración Federal de Carreteras (FHWA) del Departamento de Transporte de los Estados Unidos que hace cumplir.

Por favor, marque uno:

DOY MI CONSENTIMIENTO y autorizo a la MPO, como parte de su investigación, a revelar mi identidad a la organización, empresa o institución que he denunciado en mi queja de discriminación. Autorizo a la MPO a investigar, recibir y analizar material e información sobre la denuncia con las partes en averiguación con el fin de investigar esta queja; y que dicho material e información se utilizarán solo para actividades autorizadas de acuerdo a las leyes aplicables. Además, entiendo que no estoy obligado a autorizar esta divulgación y lo hago voluntariamente. Al hacerlo, he leído y entiendo la información de este formulario.

NIEGO EL CONSENTIMIENTO para que la MPO revele mi identidad a la organización, empresa o institución bajo investigación. Así mismo no apruebo que la MPO divulgue cualquier información contenida en la queja con cualquier parte en averiguación. Por lo que no estoy autorizando a la MPO a investigar, recibir o analizar ningún material e información sobre mi denuncia. Al hacerlo, he leído y comprendo la información al comienzo de este formulario. Además, entiendo que mi decisión de negar el consentimiento puede impedir esta investigación y puede resultar un dictamen fallido para la queja presentada.

Firma

Fecha

Favor de enviar este formulario por correo postal o entregar en persona a la siguiente dirección:

**Laredo & Webb County Area Metropolitan Planning Organization (LWCAMPO)
LWCAMPO) ATTN: Juan Mendive MPO Director/Title VI Coordinator**

1413 Houston St. Laredo, Texas 78040

Email: jmendive@ci.laredo.tx.us

Telephone: (956) 794-1605