

**GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA**  
**DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACIÓN**



**Formulario de Reclamo por Discriminación**

**El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 prohíbe la discriminación por motivo de raza, color y nacionalidad en todo programa o actividad que reciba asistencia federal.**

**Si cree haber sido objeto de un acto de discriminación prohibido por las disposiciones del Título VI o estatutos afines, puede presentar el reclamo dentro de los 180 días de la fecha en que tuvo lugar el supuesto acto de discriminación.**

**Complete la siguiente información, firme el formulario y preséntelo en:**

Attention: Title VI Program Coordinator  
Office of Civil Rights  
District Department of Transportation  
55 M Street SE., 3<sup>rd</sup> Floor  
Washington, D.C. 20003

Teléfono: (202) 671-2700  
Fax: (202) 645-0366

**Información del Demandante:**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Raza \_\_\_\_\_ Color \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Nacionalidad \_\_\_\_\_

**Si hace la presentación en nombre de otra persona, proporcione su información de contacto**

**GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA**  
**DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACIÓN**



**a continuación:**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Su relación con la persona por la que presenta este reclamo (p. e., amigo, abogado, padre, etc.) \_\_\_\_\_

**Nombre de la agencia, institución u oficina que, en su opinión, cometió el acto de discriminación:**

**Información del demandado:**

Agencia o Departamento \_\_\_\_\_

Nombre de la persona (si corresponde) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**Fundamento(s) del reclamo. Marque todo lo que corresponda:**

Raza     Color     Nacionalidad     Sexo     Discapacidad     Edad

**GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA**  
DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACIÓN



**En sus propias palabras, describa cómo, por qué, cuándo y por quién considera que fue discriminado. Incluya toda la información pertinente posible sobre el o los supuestos actos de discriminación. Incluya los nombres de las personas, si los conoce, a quienes acusa de los actos de discriminación contra usted. Adjunte páginas adicionales si fuera necesario.**

**Fechas en que ocurrieron los incidentes:**

**Cree una lista con los nombres y la información de contacto de las personas, si tiene esta información, que puedan tener conocimiento de los supuestos actos de discriminación.**

**GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA**  
**DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACIÓN**



**¿Ha presentado este reclamo ante otro organismo federal, estatal o local, o ante un juzgado federal o estatal?**

**Organismo federal** \_\_\_\_\_

**Organismo estatal** \_\_\_\_\_

**Organismo local** \_\_\_\_\_

**Juzgado federal** \_\_\_\_\_

**Juzgado local** \_\_\_\_\_

**Firme y coloque la fecha al pie del formulario de reclamo. No se aceptará el reclamo si no tiene la firma. Puede adjuntar todo el material escrito o la información de respaldo que considere relevante para el reclamo.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del demandante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Adjuntos:**     Sí     No

**Presente el formulario y toda información adicional en:**

Attention: Title VI Program Coordinator  
Office of Civil Rights  
District Department of Transportation  
55 M Street SE., 3<sup>rd</sup> Floor  
Washington, D.C. 20003

Teléfono: (202) 671-2700  
Fax: (202) 645-0366