



APPENDIX B | Title VI Complaint Form (English and Spanish)

TITLE VI COMPLAINT FORM (ENGLISH)

Complainant's Information

Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Telephone: _____ Email: _____

Name of Agency, Department or Program that you believe discriminated against you

Agency/Department: _____

Name of Individual: _____

Which of the following best describes the reason you believe the discrimination took place? Check all that apply.

- Race (Specify) _____
 - Color (Specify) _____
 - Religious Status _____
 - National Origin (Specify) _____
 - Disability _____
 - Age _____
 - Other (explain) _____
- Date of Alleged Discrimination (MM/DD/YYYY): _____

Please explain, as clearly as possible, what happened and why you believe you were discriminated against, and who you believe was responsible. Include all persons involved and if names are known, please list those persons. You may attach additional pages, if needed.



List the names and contact information (telephone number, email address, or mailing address) of persons who may have knowledge of the alleged discrimination:

Name: _____ Contact Information: _____

Name: _____ Contact Information: _____

Name: _____ Contact Information: _____

Have you filed this complaint with any other Federal, state, or local agencies, or with any Federal or state courts? Check all that apply.

Federal Agency Federal Court

State Agency State Court

Local Agency

Please provide contact information at the agency and/or court where the complaint was filed:

Agency Name: _____

Address: _____

City, State, ZIP: _____

Telephone Number: _____

Contact Person: _____

Please sign and date below. You may attach any materials and/or other information you think to be relevant to the alleged discrimination event(s).

Complainant Signature

Date

Please submit this form, completed and signed, as well as any additional materials to:

Karissa Lemon MPO Coordinator / Title VI Coordinator
City-County Planning Commission
922 State Street, Suite 200 Bowling Green, Kentucky 42101
Email: karissa.lemon@bgky.org
Phone: (270) 842-1953



FORMULARIO DE QUEJA EN ESPAÑOL

Sección I:			
Nombre:			
Dirección:			
Teléfono (Hogar):		Teléfono (Trabajo):	
Dirección de correo electrónico:			
¿Requisitos de formato accesible?	Impresión grande		Cinta de audio
	Tdd		Otro
Sección II:			
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?		Sí*	No
*Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.			
Si no es así, proporcione el nombre y la relación de la persona por la que se queja:			
Por favor, explique por qué ha presentado una solicitud para un tercero:			

Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si está presentando en nombre de un tercero.		Sí	No



Sección III:

Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda):

Raza Color Origen nacional Edad

Discapacidad Estado familiar o religioso Otro (explique)

Fecha de supuesta discriminación (mes, día, año): _____

Explica lo más claramente posible lo que sucedió y por qué crees que fuiste discriminado. Describa a todas las personas que participaron. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que le discriminaron (si se conocen), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Si se necesita más espacio, utilice la parte posterior de este formulario.

Sección IV

¿Ha presentado previamente una queja del Título VI ante esta agencia?	Sí	No
---	----	----

Sección V

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

Sí No

En caso afirmativo, marque todas las que correspondan:

Agencia Federal: _____

Tribunal Federal Agencia Estatal _____

Tribunal del Estado Agencia Local _____



Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la queja.

Nombre:

Título:

Agencia:

Dirección:

Teléfono:

Sección VI

El nombre de la queja de la agencia está en contra de:

Persona de contacto:

Título:

Número de teléfono:

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.

Firma y fecha requeridas a continuación

Fecha de firma



Por favor envíe este formulario en persona a la siguiente dirección, o envíe lo presente por correo a:

ATTN: Karissa Lemon, Coordinadora de MPO
La Comisión de Planificación Ciudad-Condado (CCPC)
922 State Street, Suite 200
Bowling Green, KY 42101
Karissa.lemon@bgky.org