

## Formulario de Queja del Título VI de BMPO

Información del demandante: Nombre Dirección Cuidad/Estado/Código Postal Teléfono	<b>Persona Discriminada Contra</b> (si alguien queno sea el demandante): Nombre Dirección Cuidad/Estado/Código Postal Teléfono	
¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la razón por la que cree que se produjo la discriminación?		
Raza/Color: Disability:	Origen Nacional: Años:	Sexo: Ingresos:
¿En qué fecha (s) tuvo lugar la supuesta discriminación?		
Describa la supuesta discriminación. Explique qué sucedió y de quién cree que fue responsable (si necesita espacio adicional, agregue una hoja de papel).		
Enumere los nombres y la información de contacto de las personas que puedan tener conocimiento de la supuesta discriminación.		
¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal? Marque todo lo que corresponda.		
Agencia Federal Corte Federal	Agencia del Estado Corte Estatal	Agencia Local
Proporcione la información de contacto de la agencia/corte donde se presentó la queja: Nombre Dirección	Cuidad/Estado/Código Postal Teléfono	

Por favor firme abajo. Puede adjuntar cualquier otra información que considere relevante para su queja.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Envíe el formulario y cualquier información adicional a:

Andrea Napoli, AICP  
Bend Metropolitan Planning Organization (541) 323-8545  
709 NW Wall Street, Suite 102 anapoli@bendoregon.gov  
Bend, Oregon 97701 <http://www.bendmpo.org>