



CMAP Titulo IV formulario de queja

Sección 1			
Apellido		Nombre	
Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal
Teléfono	Otro teléfono	Dirección electrónica	
Sección 2			
¿Estás presentando esta queja por si mismo?		<input type="checkbox"/> Sí (ir a la sección 3) <input type="checkbox"/> No (responda a las siguientes preguntas sobre la persona para quién está presentando esta queja)	
Apellido de la persona para quién estas presentando esta queja		Nombre	
Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal
Teléfono	Otro teléfono	Dirección electrónica	
Por favor explique por qué está presentando una queja para esta persona			
Por favor confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si usted está presentando en su nombre		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Sección 3			
¿Cuál(es) de las siguientes opciones describe la razón de la supuesta discriminación (marque todo lo que corresponda)?		<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen nacional	



Fecha de la supuesta discriminación (día/mes/año)	
Por favor describe claramente lo que pasó y por qué crees que fuiste discriminado. Incluya tantos detalles como sea posible.	
Nombre e información de contacto, o descripción, de la(s) persona(s) que discriminó/discriminaron contra usted	
Nombre e información de contacto, o descripción, de cualquier testigo	
Sección 4	
¿Ha presentado esta queja con alguna otra agencia federal, estatal, o local? Marque todo lo que corresponda y proporcione información de contacto abajo. Si necesita espacio adicional, utilice el reverso de este formulario.	<input type="checkbox"/> Agencia federal <input type="checkbox"/> Tribunal federal <input type="checkbox"/> Agencia del estado <input type="checkbox"/> Tribunal del estado <input type="checkbox"/> Agencia local <input type="checkbox"/> No presentado ante otra agencia
Nombre de contacto	Título de contacto



Agencia o tribunal		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Dirección electrónica	

Afirmo que la declaración es verdadera al mejor de mis conocimientos:

Firma de demandante

Fecha

Puede incluir materiales escritos u otra información que considere relevante para su queja. Envíe esta queja en persona, por correo electrónico o correo postal a:

Title VI Coordinator
Chicago Metropolitan Agency for Planning
433 West Van Buren, Suite 450
Chicago, IL 60607