

# PALM BEACH METROPOLITAN PLANNING ORGANIZATION

ORGANIZACIÓN DE PLANIFICACIÓN METROPOLITANA DE PALM BEACH

## COMPLAINT OF TITLE VI DISCRIMINATION

*Formulario de queja de discriminación por el Título VI*

The MPO, as a recipient of federal financial assistance, is required to ensure that its services and related benefits are distributed in a manner consistent with Title VI of the Civil Rights Acts of 1964, as amended.

Any person who believes that he or she, individually or as a member of any specific class of persons, has been subjected to discrimination under Title VI, on the basis of race, color, or national origin, may file a written complaint with the MPO.

We are asking for the following information to assist us in processing your complaint. If you need help in completing this form, please let us know.

La Agencia de Planificación de Transporte de Palm Beach, como recipiente de ayuda financiera federal, es requerida a asegurar que el servicio de transporte público y sus servicios relacionados son distribuidos de una manera consistente con el Título VI del Acta de Derechos Civiles del 1964, con sus enmiendas.

Si usted cree que, individualmente o como parte de una clase específica de personas, ha sido discriminado bajo el Título VI, basado en su raza, color, o nacionalidad, puede presentar una queja por escrito al Palm Beach MPO.

Le pedimos la siguiente información para poder tramitar su queja. Si necesita ayuda para llenar este formulario, póngase en contacto con el Palm Beach MPO.

### 1. Complainant

*Reclamante*

Name: \_\_\_\_\_

*Nombre:*

Street Address: \_\_\_\_\_

*Dirección:*

City, State, Zip Code: \_\_\_\_\_

*Ciudad, estado, código postal:*

Telephone: \_\_\_\_\_

*Número de teléfono:*

E-mail Address: \_\_\_\_\_

*Dirección de Correo Electrónico:*

2. Person discriminated against (if someone other than the complainant):

*Persona que fue discriminada, si no es la misma que el reclamante:*

Name: \_\_\_\_\_

*Nombre:*

Street Address: \_\_\_\_\_

*Dirección:*

City, State, Zip Code: \_\_\_\_\_

*Ciudad, estado, código postal:*

Tel. Home Number: \_\_\_\_\_ Bus. Number \_\_\_\_\_

*Número de teléfono:*

*Domicilio: Trabajo:*

E-mail Address: \_\_\_\_\_

*Dirección de Correo Electrónico:*

3. Are you represented by an attorney for this complaint?

*¿Tiene usted representación de un(a) abogado(a) con relación al asunto de su queja?*

Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

*Sí*

*No*

If yes, please complete the following:

*Si tiene abogado(a), provea la siguiente información:*

Attorney's Name: \_\_\_\_\_

*Nombre del abogado(a):*

Street Address: \_\_\_\_\_

*Dirección:*

City, State, Zip Code: \_\_\_\_\_

*Ciudad, estado, código postal:*

Telephone Number: \_\_\_\_\_

*Número de teléfono:*

4. Which of the following best describes the reason you believe the discrimination took place:

*Según lo que cree usted, ¿en qué se basaron esas acciones discriminatorias?*

Race \_\_\_\_\_ Color \_\_\_\_\_ National Origin \_\_\_\_\_

*Raza*

*Color*

*Nacionalidad*

Sex \_\_\_\_\_ Disability \_\_\_\_\_ Sexual Orientation \_\_\_\_\_

*Sexo*

*Incapacidad/impedimento*

*Orientación sexual*

Political Affiliation \_\_\_\_\_ Marital Status \_\_\_\_\_

*Afiliación política*

*Estado civil*

5. Date of the alleged discrimination: \_\_\_\_\_  
*Fecha de la supuesta discriminación:*

6. In the space below, please describe the alleged discrimination. Explain what happened and who you believe was responsible.  
*Por favor describa abajo el supuesto acto de discriminación. Explique lo más claro posible lo que pasó y quien usted piensa es el responsable por el supuesto acto.*

-----  
-----  
-----  
-----

7. Have you filed a complaint of the alleged discrimination with a federal, state or local agency; or with a state or federal court?  
*¿Ha presentado usted (o la persona que fue discriminada) la queja ante una agencia del gobierno federal, estatal o local? ¿O ante la corte estatal o federal?*

Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
*Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_*

If yes, check all that apply:  
Si es así, indique a qué agencia, departamento o programa fue presentada la queja. Incluya todos los que apliquen:

Federal \_\_\_\_\_ Federal Court \_\_\_\_\_  
*Federal \_\_\_\_\_ La corte federal \_\_\_\_\_*

State \_\_\_\_\_ State Court \_\_\_\_\_  
*Estatal \_\_\_\_\_ La corte estatal \_\_\_\_\_*

Local \_\_\_\_\_  
*Local \_\_\_\_\_*

Please provide the name of the Agency where you filed your complaint.  
*¿Ante qué agencia usted presentó la queja?*

Name: \_\_\_\_\_  
*Nombre:*

Contact Person: \_\_\_\_\_  
*Nombre del investigador o representante:*

Please sign below. You may attach any additional information you think is relevant to your complaint.

*Por favor, firme el formulario. Adjunte cualquier información adicional usted cree que es pertinente con su queja.*

---

Signature of Complainant  
*Firma del reclamante*

Date  
*Fecha*

Submit your signed complaint and any attachments to:  
*Entregue el formulario con su firma y páginas adicionales a:*

Carly Diglio  
Public Involvement Officer/ Title VI & ADA Coordinator  
Palm Beach Metropolitan Planning Organization (MPO)  
301 Datura Street  
West Palm Beach, FL 33401

Telephone: 561.725.0813

Email: [CDiglio@PalmBeachMPO.org](mailto:CDiglio@PalmBeachMPO.org)

Website: [PalmBeachMPO.org](http://PalmBeachMPO.org)

Note: Deaf, Hard of Hearing, Deaf/Blind or Speech Impaired (English, Spanish or French Creole):  
Please contact the Palm Beach MPO by calling toll-free to the Florida Relay Service, 7-1-1.