



Lake~Sumter Metropolitan Planning Organization

Title VI Complaint Form

Nombre de la persona discriminada:	Dirección (calle, apartado postal, ciudad, estado, código postal):
Número de teléfono:	

Nombre de la persona que discriminó en su contra, si se conoce la posición:

Fecha de incidente:

Causa de la discriminación (marque por favor):	<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Origen Nacional
	<input type="checkbox"/> Sexo	<input type="checkbox"/> Edad	<input type="checkbox"/> Desventaja/Discapacidad
	<input type="checkbox"/> Estado de los ingresos	<input type="checkbox"/> Retaliación	<input type="checkbox"/> Otro

Por favor, explique brevemente el incidente, cuando y donde usted cree que fue discriminado. Incluya la naturaleza del evento, que estuvo implicado y cualquier otro detalle necesario para una investigación. (Nota: Páginas adicionales pueden ser conectados si es necesario)

Firma:	Fecha de la firma:
--------	--------------------

Envíe por correo a: Michael Woods
Lake~Sumter Metropolitan Planning Organization
1300 Citizens Blvd., Suite 175
Leesburg, FL 34748