



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):

Raza

Color

Origen Nacional

Sexo

Edad

Desventaja/Discapacidad

Estado de los ingresos

Retaliación

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
1616 South 14th Street
Leesburg, FL 34748