



**Evansville Metropolitan Planning Organization
Title VI Complaint Form**

Title VI of the 1964 Civil Rights Act requires that “No person in the United States shall, on the ground of race, color or national origin, be excluded from participation in, be denied the benefits of, or be subjected to discrimination under any program or activity receiving federal financial assistance.”

The following information is necessary to assist us in processing your complaint. Should you require any assistance in completing this form, please let us know. This complaint form must be filed with the MPO Title VI Coordinator within 180 days following the alleged discriminatory occurrence.

1. Complainants' Name _____
 Street Address _____
 City, State and Zip Code _____
 Telephone Number _____

2. Person discriminated against (if someone other than the complainant)
 Name _____
 Address _____
 City, State and Zip Code _____

3. Which of the following best describes the reason you believe the discrimination took place? Was it because of your: (check reason)
 Race/Color Age National Origin
 Gender Disability Income
 Limited English Proficiency (LEP) Other _____

4. When and where did the alleged discrimination take place? Include name of agency, department or program you believe discriminated against you. Explain what happened and whom you believe was responsible. Use the back of this form if additional space is required.

Evansville Metropolitan Planning Organization



5. List the names and contact information of persons who may have knowledge of the alleged discrimination.

Name and Contact Information: _____

Name and Contact Information: _____

6. Have you filed this complaint with any other federal, state, or local agency; or With any federal, state or local court?

_____ Yes _____ No

If yes, check all that apply:

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Federal Agency | <input type="checkbox"/> Federal Court | <input type="checkbox"/> State Agency |
| <input type="checkbox"/> State Court | <input type="checkbox"/> Local Agency | <input type="checkbox"/> Local Court |

7. Please provide information of a contact person at the agency/court where the complaint was filed.

Name _____

Address _____

City, State and Zip Code _____

Telephone Number _____

Please sign below. You may attach any written materials or other information that you think is relevant to your complaint.

Complainant's Signature

Date

Hand Deliver or Mail this Title VI Complaint Form to:

Matt Schriefer, Title VI Coordinator
Evansville Metropolitan Planning Organization
1 NW MLK, Jr. Blvd., Room 316
Evansville, IN 47708

Or e-mail to: mschriefer@evansvillempo.com

Evansville Metropolitan Planning Organization



**Organización de planificación metropolitana de Evansville
Formulario de queja del Título VI**

El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 requiere que "ninguna persona en los Estados Unidos, por motivos de raza, color u origen nacional, sea excluida de la participación, se le negarán los beneficios o será objeto de discriminación bajo ningún programa o actividad que recibe asistencia financiera federal."

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, infórmenos. Este formulario de queja debe presentarse ante el Coordinador del Título VI de MPO dentro de los 180 días posteriores a la supuesta ocurrencia discriminatoria.

1. Nombre de los denunciantes _____

Dirección _____

Ciudad, estado y código postal _____

Número de teléfono _____

2. Persona discriminada (si alguien que no sea el demandante)

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, estado y código postal _____

3. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la razón por la que cree que se produjo la discriminación? ¿Fue por su: (verifique el motivo)

Raza / color

Edad

Origen nacional

Género

Invalidez

Ingresos

Dominio limitado del inglés (LEP)

Otro _____

4. ¿Cuándo y dónde tuvo lugar la supuesta discriminación? Incluya el nombre de la agencia, departamento o programa que cree que lo discriminó. Explica qué sucedió y de quién crees que fue responsable. Use el reverso de este formulario si se requiere espacio adicional.

Evansville Metropolitan Planning Organization



5. Enumere los nombres y la información de contacto de las personas que puedan tener conocimiento de la supuesta discriminación.

Nombre e información de contacto: _____

Nombre e información de contacto: _____

6. ¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local? o ¿Con algún tribunal federal, estatal o local?

_____ si _____ no

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agencia Federal | <input type="checkbox"/> Corte federal | <input type="checkbox"/> Agencia del estado |
| <input type="checkbox"/> Tribunal estatal | <input type="checkbox"/> Agencia local | <input type="checkbox"/> Corte local |

7. Proporcione información de una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, estado y código postal _____

Número de teléfono _____

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

Firma del demandante

Fecha

Entregue personalmente o envíe por correo este formulario de queja del Título VI a:

Matt Schriefer, Title VI Coordinator
Evansville Metropolitan Planning Organization
1 NW MLK, Jr. Blvd., Room 316
Evansville, IN 47708

O envíe un correo electrónico a: mschriefer@evansvillempo.com

Evansville Metropolitan Planning Organization