FORMULARIO DE QUEJA CONTRA LA DISCRIMINACIÓN
BAJO TITULO VI
Basados en la Raza, el Color, el Origen Nacional

NOMBRE Y APELLIDO: _____

DIRECCIÓN: _____

_____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

FECHA Y HORA DEL PROBLEMA: _____

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA: ***(Incluya detalles, nombre, número de autobus, ruta, y una descripción del acto discriminatorio)***

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

(Puede incluir mas páginas si le hace falta)

<u>Enviee este formulario a:</u>
Title VI Coordinator
Putnam County Department of Planning,
Development & Public Transportation
841 Fair Street
Carmel, NY 10512
Número de Fax: (845) 808-1948
Email: planning@putnamcountyny.gov

CAD:MyDocs/FTA/11-15