

## Title VI Complaint Form

<b>Section I:</b>				
Name:				
Address:				
Telephone (Home):			Telephone (Work):	
Email Address:				
Accessible Format Requirements?	Large Print		Audio Tape	
	TDD		Other	
<b>Section II:</b>				
Are you filing this complaint on your own behalf?			Yes*	No
*If you answered "yes" to this question, go to Section III.				
If not, please supply the name and relationship of the person for whom you are complaining:				
Please explain why you have filed for a third party: _____				
Please confirm that you have obtained the permission of the aggrieved party if you are filing on behalf of a third party.			Yes	No
<b>Section III:</b>				
I believe the discrimination I experienced was based on (check all that apply):				
<input type="checkbox"/> Race <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> National Origin				
Date of Alleged Discrimination (Month, Day, Year): _____				
Explain as clearly as possible what happened and why you believe you were discriminated against. Describe all persons who were involved. Include the name and contact information of the person(s) who discriminated against you (if known) as well as names and contact information of any witnesses. If more space is needed, please use the back of this form.				
_____				
_____				
<b>Section IV</b>				
Have you previously filed a Title VI complaint with this agency?			Yes	No
<b>Section V</b>				
Have you filed this complaint with any other Federal, State, or local agency, or with any Federal or State court?				
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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 _____	

Please provide information about a contact person at the agency/court where the complaint was filed.
<b>Name:</b>
<b>Title:</b>
<b>Agency:</b>
<b>Address:</b>
<b>Telephone:</b>
<b>Section VI</b>
Name of agency complaint is against:
Contact person:
Title:
Telephone number:

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

Signature and date required below

\_\_\_\_\_

Signature Date

Please submit this form in person at the address below, or mail this form to:

Deep East Texas Council of Governments and Economic Development District  
1405 Kurth Drive  
Lufkin, Texas 75904

## Formulario de Queja del Título VI

<b>Sección I:</b>				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono (domicilio): Teléfono (trabajo):			Teléfono (domicilio): Teléfono (trabajo):	
Dirección de correo electrónico:				
Requisitos de formato accesible?	Impresión grande		Cinta de audio	
	TDD		Otros	
<b>Sección II:</b>				
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?			Si*	No
* Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.				
En caso contrario, sírvase indicar el nombre y la relación de la persona por la que se queja:				
Por favor, explique por qué ha presentado un tercero:				
Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si está presentando en nombre de un tercero.			Si*	No
<b>Sección III:</b>				
Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todos los que apliquen):				
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional Fecha de Presunta Discriminación (Mes, Día, Año): _____ Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que discriminó (si se conoce), así como nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, utilice la parte posterior de este formulario. _____ _____				
<b>Sección IV:</b>				
¿Ha presentado anteriormente una queja de Título VI con esta agencia?			Si	No
<b>Sección V:</b>				
¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal?				

<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, marque todas las que correspondan: <input type="checkbox"/> Agencia Federal: _____ <input type="checkbox"/> Tribunal Federal _____ <input type="checkbox"/> Agencia Estatal _____ <input type="checkbox"/> Tribunal Estatal _____ <input type="checkbox"/> Agencia Local _____
Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.
Nombre:
Título:
Agencia:
Dirección:
Teléfono:
<b>Sección VI:</b>
El nombre de la queja de la agencia está en contra:
Persona de contacto:
Título:
Número de teléfono:

Usted puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.

Firma y fecha requerida abajo

\_\_\_\_\_ de firma

Por favor envíe este formulario en persona a la dirección abajo, o envíe este formulario por correo a:

Deep East Texas Consejo de Gobiernos y Distrito de Desarrollo Económico  
 1405 Kurth Drive  
 Lufkin, Texas 75904