

**Title VI / Nondiscrimination Program
Complaint of Discrimination**

Complainant(s) Name:	Complainant(s) Address:
Complainant(s) Phone Number:	

Complainant's Representative's Name, Address, Phone Number and Relationship (e.g. friend, attorney, parent, etc):

Name and Address of Agency, Institution, or Department Whom You Allege Discriminated Against You:

Names of the Individual(s) Whom You Allege Discriminated Against You (If Known):

Discrimination Because Of:	<input type="checkbox"/> Race	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> National Origin	Date of Alleged Discrimination:
	<input type="checkbox"/> Sex	<input type="checkbox"/> Age	<input type="checkbox"/> Handicap/Disability	
	<input type="checkbox"/> Income Status	<input type="checkbox"/> Retaliation	<input type="checkbox"/> Other	

Please list the name(s) and phone number(s) of any person, if known, that the Florida Department of Transportation could contact for additional information to support or clarify your allegation(s).

Please explain as clearly as possible **how**, **why**, **when** and **where** you believe you were discriminated against. Include as much background information as possible about the alleged acts of discrimination. Additional pages may be attached if needed.

Complainant(s) or Complainant(s) Representatives Signature:	Date of Signature:
---	--------------------

Title VI / Programa Antidiscriminatorio

Querrela de Discriminacion

Nombre del querellante:	Dirección:
Número de teléfono:	

Nombre, dirección, teléfono y relación (ej. amigo, abogado, pariente, etc.) del Representante del querellante:

Nombre y dirección de la Agencia, Institución, o Departamento que usted alega discrimino en su contra:

Nombre(s) del Individuo(s) Quien(es) Usted Alega Discrimino (naron) Contra Usted Si lo(s) Conoce:

Razón de la discriminación: <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Raza</td> <td><input type="checkbox"/> Color</td> <td><input type="checkbox"/> Origen Nacional</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sexo</td> <td><input type="checkbox"/> Edad</td> <td><input type="checkbox"/> Incapacidad/Impedimento Físico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Status de Ingreso</td> <td><input type="checkbox"/> Represalia</td> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Origen Nacional	<input type="checkbox"/> Sexo	<input type="checkbox"/> Edad	<input type="checkbox"/> Incapacidad/Impedimento Físico	<input type="checkbox"/> Status de Ingreso	<input type="checkbox"/> Represalia	<input type="checkbox"/> Otro	Fecha de la alegada discriminación.
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Origen Nacional								
<input type="checkbox"/> Sexo	<input type="checkbox"/> Edad	<input type="checkbox"/> Incapacidad/Impedimento Físico								
<input type="checkbox"/> Status de Ingreso	<input type="checkbox"/> Represalia	<input type="checkbox"/> Otro								

Favor de indicar el nombre (s) y número(s) de teléfono(s) de alguna persona(s) que el Departamento de Transporte puede comunicarse para información adicional que clarifique o respalde su alegación o alegaciones.

Favor de explicar tan claro como sea posible, **como, porque, cuando y donde** usted cree que fue discriminado. Incluya suficiente información acerca de los antecedentes según le sea posible, de los alegados actos de discrimen. Puede añadir paginas adicionales, si es necesario.

Firma del Querellante(s) o su Representante:	Fecha:
--	--------

Florida Department of Transportation
Title VI Lwa: Plent Kont Diskriminasyon

275-010-10H
Equal Opportunity Office
09/11

Non Moun Ki Pote Plent La:	Adrès Moun Ki Pote Plent La:
Nimewo Telefòn Moun Ki Pote Plent La:	

Non, Adrès, Nimewo telefòn Reprèzantan Moun Ki Pote Plent la ak Lien (setadi: zanmi, Avoka, Paran..etc):

Non ak Adrès Ajans, Institisyon, ou Depatman ou Kwè ki fè Diskriminasyon Kont ou:

Non Mounou Kwè Ki Diskriminen Kont ou (Si-w Konnen yo):

Rezon Diskriminasyon an	<input type="checkbox"/> Ras ou	<input type="checkbox"/> Koule-w	<input type="checkbox"/> Origin nasyonal	Dat Diskriminasyon an te fèt:
	<input type="checkbox"/> Seks ou:	<input type="checkbox"/> Laj ou	<input type="checkbox"/> Andikap/dezabilite	
	<input type="checkbox"/> Stati Revni-w	<input type="checkbox"/> revanj	<input type="checkbox"/> Lòt ankò:	

Silvouplè, bay non ak nimewo telefòn ninpòt moun ke Depatmant Transpòtasyon Florida kap kontakte pou plis infòmasyon pou sipòte ou klarifye plènt ou (a)/plent ou yo:

Silvouplè, eksplike klèman kijan, poukisa , ki lè, ak ki kote ou kwè ke diskriminasyon te fèt kont ou. Bay tout infòmasyon konplèt de tout aksyon diskriminasyon sa yo. Ajoute paj anplis si nesesè:

Siyati Moun Ki Pote Plent La ou Reprèzantan Li:	Dat Siyati:
---	-------------