

**FORMULARIO DE QUEJAS Title VI**  
**Houston Airport System, City of Houston**  
**Small Business Development and Contract Compliance**

Houston Airport System (IAH) centra sus esfuerzos en garantizar que nadie sea excluido de la participación en sus servicios ni que se nieguen los beneficios de éstos, con base en raza, color u origen nacional, en conformidad con las disposiciones del Title VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y enmiendas. Las quejas bajo el Title IV deben presentarse en el transcurso de 180 días a partir de qué ocurre la discriminación supuesta.

La información siguiente es necesaria para ayudarnos en el procesamiento de su queja. Si requiere ayuda para llenar este formulario, le agradeceremos que se dirija al Title VI Coordinator, al teléfono (281)233-7833. El formulario completo debe regresarse al Title VI Coordinator, Houston Airport System Office of Small Business Development and Contract Compliance. Title VI Coordinator, P.O. Box 60106 Houston, TX 77225 – 0106.

Datos Personales:

Nombre(s):  Teléfono:

Dirección:

País, Ciudad, Estado y Código Postal:

Persona(s) Discriminante (otra aparte de la queja):

Nombre(s):

Dirección:

Ciudad, Estado y Código Postal:

¿Cuál de los siguientes describe mejor la razón por la supuesta discriminación? (Marque Uno)

RAZA

FECHA DEL INCIDENTE: \_\_\_\_\_

COLOR

HORA DEL INCIDENTE: \_\_\_\_\_

PROCEDENCIA

Por favor, describa el supuesto incidente de discriminación. Proporcione los nombres y títulos de todos los empleados de METRO involucrados, si cuenta con la información. Explique lo sucedido; quién considera que fue responsable; y otra información específica pertinente. (Por favor, use el reverso de este formulario si requiere espacio adicional.)

(Complete la forma de la siguiente página)

Por favor, describa el supuesto incidente de discriminación (continuación).

¿Ha presentado alguna queja ante otra agencia federal, estatal o local con respecto a este incidente? (Marque Uno)

SI  NO

Agencia:

Nombre de contacto:

Teléfono:

Dirección, Ciudad, Estado y Código Postal:

Agencia:

Nombre de contacto:

Teléfono:

Dirección, Ciudad, Estado y Código Postal:

Confirmo que he leído el cargo que se indica arriba y que es verdadero hasta donde tengo conocimiento.

\_\_\_\_\_

Firma del declarante

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

firmo o escriba en letra de imprenta el nombre del declarante

\_\_\_\_\_

Fecha de recibido:

\_\_\_\_\_

Recibido por: