



**CLARKSVILLE URBANIZED AREA
METROPOLITAN PLANNING ORGANIZATION**

Stan Williams
MPO Director
stanwilliams@cityofclarksville.com

329 MAIN STREET
CLARKSVILLE, TN 37040
PHONE: (931)645-7448

Jill Hall
Transportation Planner
jhall@cityofclarksville.com

CLARKSVILLE MPO - TITLE VI COMPLAINT FORM:

Section I:				
Name:				
Address:				
Telephone (Home):			Telephone (Work):	
E-mail Address:				
Accessible Format	Large Print		Audio Tape	
Requirements?	TDD		Other	
Section II:				
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.				
Section III.				
I believe the discrimination I experienced was based on (check all that apply):				
[] Race [] Color [] National Origin				
Date of Alleged Discrimination (Month, Day, Year):				
Please include the earliest date of discrimination and the most recent date of discrimination.				

How were you discriminated against? Describe the nature of the action, decision, or conditions of the alleged discrimination. Explain as clearly as possible what happened and why you believe your protected status was a factor in the discrimination. (Attach additional pages if necessary)				

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.

The law prohibits intimidation or retaliation against anyone because he/she has either taken action, or participated in action, to secure rights protected by these laws. If you feel that you have been retaliated against separate from the discrimination alleged above, please explain the circumstances. Tell what action you took which you believe was the cause for the alleged retaliation. (Attach additional pages if necessary)

Name of individuals, agency, or department responsible for the discriminatory action(s):

NAME:

ADDRESS:

PHONE:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Names of persons/witnesses or others whom we may contact for additional information to support or clarify your complaint. (Attach additional pages if necessary)

NAME:

ADDRESS:

PHONE:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Please provide any additional information and/or photographs, if applicable, that you believe will assist with an investigation. (Attach additional pages if necessary)

Photographs submitted with complaint? Yes No

Section IV:

Have you previously filed a Title VI complaint with this agency?

YES

NO

Have you filed this complaint with any other Federal, State, or local agency, or with any Federal or State court?

Yes No

If yes, check all that apply:

Federal Agency: _____ Federal Court

State Agency: _____ State Court

Local Agency:

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

Name:

Title:

Agency:

Address:

Telephone:

Section V:

Do you have an attorney regarding this matter? yes no

If yes, please provide attorney's contact information.

Name of Law Firm:

Name of Representing Attorney:

Mailing Address:

Telephone number:

Briefly explain what remedy or action you are seeking for the alleged discrimination.

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

We cannot accept an unsigned complaint. Please sign and date the complaint form below:

Signature

Date

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

Clarksville MPO Title VI Coordinator

329 Main Street

Clarksville, TN 37040



**CLARKSVILLE URBANIZED AREA
METROPOLITAN PLANNING ORGANIZATION**

Stan Williams
MPO Director
stanwilliams@cityofclarksville.com

329 MAIN STREET
CLARKSVILLE, TN 37040
PHONE: (931)645-7448

Jill Hall
Transportation Planner
jhall@cityofclarksville.com

FORMULARIO DE QUEJA CLARKSVILLE MPO - TITLE VI:

Sección I:				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono (Hogar):			Teléfono (Trabajo):	
Dirección de correo electrónico:				
Formato accesible	Letra grande		Cinta de audio	
Requisitos?	TDD		Otro	
Sección II:				
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?			SI*	NO
* Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.				
Si no es así, proporcione el nombre y la relación de la persona por la que se queja.				
Sección III.				

Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda):

Raza

Color

Origen Nacional

Fecha de presunta discriminación (mes, día, año):

Incluya la fecha más temprana de discriminación y la fecha más reciente de discriminación.

¿Cómo te discriminaron? Describa la naturaleza de la acción, decisión o condiciones de la supuesta discriminación. Explique lo más claramente posible qué sucedió y por qué cree que su estado de protección fue un factor en la discriminación. (Adjunte páginas adicionales si es necesario)

Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de las personas que lo discriminaron (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario.

La ley prohíbe la intimidación o la represalia contra cualquier persona porque él o ella ha tomado medidas, o ha participado en acciones, para garantizar los derechos protegidos por estas leyes. Si considera que ha recibido represalias por separado de la discriminación que se alega anteriormente, explique las circunstancias. Indique qué acción tomó y cuál cree que fue la causa de la supuesta represalia. (Adjunte páginas adicionales si es necesario)

Nombre de los individuos, agencia o departamento responsable de la (s) acción (es) discriminatoria (es):

NOMBRE:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

Nombres de personas / testigos u otras personas con quienes podamos comunicarnos para obtener información adicional para respaldar o aclarar su queja. (Adjunte páginas adicionales si es necesario)

NOMBRE:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Por favor, proporcione cualquier información adicional y / o fotografías, si corresponde, que considere que ayudarán en la investigación. (Adjunte páginas adicionales si es necesario)

Fotografías enviadas con queja? Si No

Sección IV:

¿Ha presentado anteriormente una queja del Título VI con SI NO esta agencia?

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

Si No

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

Agencia Federal: _____ Tribunal Federal: _____

Agencia Estatal: _____ Corte Estatal: _____

Agencia Local: _____

Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia / corte donde se presentó la queja.

Nombre:

Título:

Agencia:

Dirección:

Teléfono:

Sección V:

¿Tiene usted un abogado para este asunto? Si No

En caso afirmativo, proporcione la información de contacto del abogado.

Nombre de la firma de abogados:

Nombre del Abogado Representante:

Dirección de envío:

Explique brevemente qué remedio o acción está buscando por la supuesta discriminación.

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja. No podemos aceptar una queja sin firmar. Por favor firme y feche el formulario de queja a continuación:

Fecha de Firm

Envíe este formulario en persona a la dirección que aparece a continuación o envíelo por correo a:

Coordinador del Título VI de
Clarksville MPO
329 Main Street
Clarksville, TN 37040