

**OFICINA DEL ALCALDE  
PUEBLO DE WALLINGFORD  
CONNECTICUT**

**PUEBLO DE WALLINGFORD  
PROCESO Y PROCEDIMIENTO DE DENUNCIAS DEL TITULO VI**

El Pueblo de Wallingford no discrimina en la provisión de servicios, la administración de sus programas, o los acuerdos contractuales. El Pueblo de Wallingford intenta desempeñar plenamente su responsabilidad bajo los Reglamentos del Título VI.

Cualquier persona que crea que él o ella ha sido objeto de discriminación o represalia basado en su raza, color u origen nacional puede presentar una denuncia de Título VI. Las denuncias tienen que presentarse por escrito y ser firmadas por el demandante o un representante, y debe incluir el nombre, dirección y el número de teléfono del demandante o algún otro modo por el cual se pueda contactar al demandante. Incluya el nombre y dirección de la agencia, compañía o el departamento que usted piensa que discrimino contra usted. Incluya tanta información como sea posible acerca de los hechos denunciados. La denuncia debe ser presentada dentro de 180 días desde el presunto acto discriminatorio. Para más información o para presentar una denuncia, favor de mandar su pedido o denuncia al:

Pueblo de Wallingford  
Atención: Joan Stave, Coordinadora de Título VI  
45 South Main Street  
Wallingford, CT 06492  
Tel: 2032-294-2070

También puede pedirle información acerca de cómo puede presentar una denuncia directamente al estado y/o agencia de transportación federal.

**Departamento de Transportación de Connecticut**  
**FORMULARIO PARA DENUNCIAS DE DISCRIMINACIÓN DEL TÍTULO VI**

Nombre del Demandante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Zip: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Discriminación por: \_\_Raza/ \_\_Color/ \_\_Origen Nacional/ \_\_Sexo/ \_\_Edad/ \_\_Discapacidad/ \_\_Credo/  
\_\_Otro

Por favor provea la fecha(s) y localidad de la alegada discriminación, el(los) nombre(s) del individuo(s) quien(es) presuntamente discrimino contra usted, incluyendo su título (si lo conoce).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor provea los nombres, direcciones, y números de teléfono de cualquier testigo.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Explique de la forma más breve y con la mayor claridad posible lo que ocurrió, como siente que fue discriminado(a) y quien estuvo involucrado. Por favor indique como las otras personas fueron tratadas de forma distinta a usted.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Puede usar paginas adicionales si es necesario. También, incluya cualquier material por escrito relacionado a su denuncia.*

**¿Cómo puede presentar una denuncia?**

Si usted cree que un beneficiario del USDOT ha discriminado contra usted u otros protegidos por el Título VI, usted puede presentar una denuncia. Las denuncias presentadas al ConnDOT se deben dirigir a: **Debra Goss, Coordinadora del Título VI al 860-594-2169 o a Irma Reyes, Asociada, Coordinadora del Título VI, al 860-594-2168. Fax: 860-594-3016.**