



# TUCSON DEPARTMENT OF TRANSPORTATION & MOBILITY COMPLAINT OF TITLE VI & ADA DISCRIMINATION

Tucson Department of Transportation and Mobility (DTM), as a recipient of federal financial assistance, is required to ensure that its services and related benefits are distributed in a manner consistent with Title VI of the Civil Rights Acts of 1964, as amended. Any person who believes that he or she, individually or as a member of any specific class of persons, has been subjected to discrimination under Title VI, on the basis of race, color, or national origin, may file a written complaint with DTM. We are asking for the following information to assist us in processing your complaint. If you need help in completing this form, please let us know. Submit your signed complaint and any attachments to:

**KIRSHANA GUY**

DTM TITLE VI COORDINATOR

201 N. Stone Ave, 6th Floor, Tucson, AZ 85701

520-791-7259 (PHONE), 520-791-4608 (FAX)

Kirshana.Guy@tucsonaz.gov

Departamento de Transporte de Tucson y MOVILIDAD (DTM), como recipiente de ayuda financiera federal, es requerida a asegurar que sus servicios y servicios relacionados son distribuidos de una manera consistente con el Título VI de la ley de los Derechos Civiles de 1964, con sus enmendadas. Si usted cree que, individualmente o como parte de una clase específica de personas, ha sido discriminado bajo el Título VI, basado en su raza, color, o nacionalidad, puede presentar una queja escrita con DTM. Le pedimos la siguiente información para poder procesar su queja. Si necesita ayuda para llenar este formulario, por favor, pónganse en contacto con DTM. Entregue el formulario con su firma y paginas adicionales a:

**KIRSHANA GUY**

DTM TITLE VI COORDINATOR

201 N. Stone Ave, 6th Floor, Tucson, AZ 85701

520-791-7259 (PHONE), 520-791-4608 (FAX)

Kirshana.Guy@tucsonaz.gov

**1. COMPLAINANT INFORMATION / RECLAMANTE INFORMACIÓN**

Name/Nombre

Street Address/Dirección

City/Ciudad

State/Estado

Zip/Código Postal

Telephone/Numero de Teléfono

Email Address/Dirección de Correo Electrónico

**2. PERSON DISCRIMINATED AGAINST / PERSONA QUE FUE DISCRIMINADA**

Name/Nombre

Street Address/Dirección

City/Ciudad

State/Estado

Zip/Código Postal

Telephone/Numero de Teléfono

Email Address/Dirección de Correo Electrónico

3. WHICH OF THE FOLLOWING BEST DESCRIBES THE REASON YOU BELIEVE THE DISCRIMINATION TOOK PLACE?:  
EN SU OPINIÓN, ¿EN QUE SE BASARON ESAS ACCIONES DISCRIMINATORIAS?:

- ☐ Race / Raza (Specify / Especifique) \_\_\_\_\_
- ☐ Disability / Incapacidad - Impedimento (Specify / Especifique) \_\_\_\_\_
- ☐ Color / Color (Specify / Especifique) \_\_\_\_\_
- ☐ National Origin / Nacionalidad (Specify / Especifique) \_\_\_\_\_

4. DATE OF ALLEGED DISCRIMINATION / FECHA DE LA SUPUESTA DISCRIMINACIÓN: \_\_\_\_\_

5. IN THE SPACE BELOW, PLEASE DESCRIBE THE ALLEGED DISCRIMINATION.

(Explain what happened and who you believe was responsible. Include names, contact information of persons who may have knowledge of the alleged discrimination. If additional space is needed, add a piece of paper.)

EN EL ESPACIO ABAJO, DESCRIBA EL SUPUESTO ACTO DE DISCRIMINACIÓN.

(Explique lo más claro posible lo que pasó y quien usted piensa es el responsable por el supuesto acto. Incluye los nombres de las personas que puedan tener conocimiento del supuesto acto y cómo contactarlas. Si necesita espacio adicional, agregue una hoja de papel.)

6. HAVE YOU FILED A COMPLAINT OF THE ALLEGED DISCRIMINATION WITH A FEDERAL, STATE, OR LOCAL AGENCY, OR WITH A STATE OR FEDERAL COURT? / ¿HA PRESENTADO USTED (O LA PERSONA QUE FUE DISCRIMINADA) LA QUEJA ANTE UNA AGENCIA DEL GOBIERNO FEDERAL, ESTATAL, O LOCAL? ¿O ANTE LA CORTE ESTATAL O FEDERAL?

- ☐ Yes / Sí
- ☐ No / No

If yes, check all that apply / por favor marque las respuestas que la corresponden:

- ☐ Federal / Federal (Specify / Especifique) \_\_\_\_\_
- ☐ Federal Court / La Corte Federal (Specify / Especifique) \_\_\_\_\_
- ☐ State / Estatal (Specify / Especifique) \_\_\_\_\_
- ☐ State Court / La Corte Estatal (Specify / Especifique) \_\_\_\_\_
- ☐ Local / Local (Specify / Especifique) \_\_\_\_\_

PLEASE PROVIDE THE NAME OF THE AGENCY WHERE YOU FILED YOUR COMPLAINT / ¿ANTE QUÉ AGENCIA USTED PRESENTÓ LA QUEJA?

Agency / Agencia: \_\_\_\_\_ Agency Contact / Nombre del investigador o representante: \_\_\_\_\_

7. WHAT WOULD YOU CONSIDER AN APPROPRIATE RESPONSE TO YOUR COMPLAINT? / ¿CUÁL CONSIDERARÍA USTED UNA RESPUESTA ADECUADA A SU QUEJA?:

8. PLEASE SIGN BELOW. YOU MAY ATTACH ANY ADDITIONAL INFORMATION YOU THINK IS RELEVANT. / POR FAVOR, FIRME EL FORMULARIO. ADJUNTE CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL QUE USTED CREE ES PERTINENTE CON SU QUEJA.

Signature of Complainant / Firma del reclamante

Date / Fecha