



North Front Range  
Metropolitan  
Planning  
Organization

## TITLE VI/ADA COMPLAINT FORM

This form may be used to file a complaint with the North Front Range Metropolitan Planning Organization (NFRMPO) for alleged violations of Title VI of the Civil Rights Act of 1964 or Title II of the Americans with Disabilities Act (ADA). **If you need assistance completing this form due to a physical impairment or other reasons, please contact us by phone at (970) 221-6243 or via FAX (970) 416-2406.** Upon request this document will be made available in alternative formats.

**Only the complainant or the complainant's designated representative should complete this form.**

NAME		
STREET ADDRESS		
CITY	STATE	ZIP CODE
HOME TELEPHONE	WORK TELEPHONE	FAX

**Individual(s) discriminated against, if different from above (use additional page(s) if necessary):**

NAME		
STREET ADDRESS		
CITY	STATE	ZIP CODE
HOME TELEPHONE	WORK TELEPHONE	FAX
PLEASE EXPLAIN YOUR RELATIONSHIP TO THE INDIVIDUAL(S) INDICATED ABOVE.		

**Name of Agency and department or program that discriminated:**

NAME		
STREET ADDRESS		
CITY	STATE	ZIP CODE
WORK TELEPHONE	FAX	

**Date(s) of alleged discrimination:**

DATE DISCRIMINATION BEGAN	LAST OR MOST RECENT DATE OF DISCRIMINATION
---------------------------	--

**Alleged discrimination:**

Complaints should be filed within 180 calendar days of the alleged discrimination. If you could not reasonably be expected to know the act was discriminatory within the 180 calendar day period, you have 60 calendar days after you became aware to file your complaint.

If your complaint is in regard to discrimination in the delivery of services or discrimination that involved the treatment of you or others by the agency or department indicated above, please indicate below the bases on which you believe these discriminatory actions were taken.

*Example:* If you believe that you were discriminated against because you are African American, you would mark the box labeled *race/color* and write *African American* in the space provided.

- Race \_\_\_\_\_
- Color \_\_\_\_\_
- National origin \_\_\_\_\_
- Disability \_\_\_\_\_

**Explain:**

Please explain as clearly as possible what happened. Provide the name(s) of witnesses and others involved in the alleged discrimination. (Attach additional sheets if necessary and provide a copy of written materials pertaining to your case.)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

SIGNATURE	DATE
-----------	------

**Note:** *The laws enforced by this department prohibit retaliation or intimidation against anyone because that individual has either taken action or participated in action to secure rights protected by these laws. If you experience retaliation or intimidation separate from the discrimination alleged in this complaint or if you have questions regarding the completion of this form, please contact:*

North Front Range Metropolitan Planning Organization  
419 Canyon Avenue, Ste 300  
Fort Collins, CO 80521  
Telephone: (970) 221-6243  
Fax number: (970) 416-2406  
E-mail: [staff@nfrmpo.org](mailto:staff@nfrmpo.org)



North Front Range  
Metropolitan  
Planning  
Organization

## TITULO VI/ADA – FORMULARIO DE QUEJA

Página 1 de 3

Este formulario puede ser utilizado para presentar una queja ante el North Front Range Metropolitan Planning Organization (NFRMPO) para violaciones presuntas del Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 o del Título II de la Acta de Estadounidenses con Discapacidades (ADA). También pueden presentarse quejas por correo electrónico enviándolas a [staff@nfrmpo.org](mailto:staff@nfrmpo.org). Usted puede solicitar este documento, a petición de ésta, en un formato alternativo.

**Sólo el querellante o el representante designado por el demandante debe completar este formulario.**

NOMBRE		
DIRECCIÓN		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DE LA CASA	TELÉFONO DE TRABAJO	FAX

**Persona(s) que la discriminación que sufren, si es diferente del anterior (usa página(s) adicionales si es necesario):**

NOMBRE		
DIRECCIÓN		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DE LA CASA	TELÉFONO DE TRABAJO	FAX
POR FAVOR EXPLIQUE SU RELACIÓN CON EL INDIVIDUO(S) INDICADOS ANTERIORMENTE		

**Nombre de la agencia y departamento o programa que discrimina:**

NOMBRE		
DIRECCIÓN		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DE LA CASA	FAX	

**Fecha(s) de la supuesta discriminación:**

DISCRIMINACIÓN FECHA DE INICIO	ÚLTIMA FECHA O LA MÁS RECIENTE DISCRIMINACIÓN
--------------------------------	---

**Supuesta discriminación:**

Las quejas deben ser presentadas dentro de un plazo de 180 días naturales a partir de la supuesta discriminación. Si no es razonable esperar que para conocer el acto discriminatorio en el plazo de 180 días calendario, usted tiene 60 naturales días después de que usted dé cuenta de su denuncia.

Si su queja es entre la que respecta a la discriminación en la prestación de servicios o la discriminación que implicaba el tratamiento de usted o de otros por la agencia o departamento se ha indicado anteriormente, indique a continuación las bases sobre las que usted cree que estas acciones discriminatorias fueron tomadas.

Ejemplo: Si usted cree que fueron víctima de discriminación porque son afroamericanos, que el cheque de raza o color y escritura afroamericanos en el espacio.

- Raza \_\_\_\_\_
- Color \_\_\_\_\_
- País de origen \_\_\_\_\_
- Discapacidad \_\_\_\_\_

