MIAMI-DADE TRANSIT

Title VI Non-Discrimination Program
Complaint of Discrimination

Complainant (s) Name: *Nombre(s) de(los) Reclamante(s):*	Complainant (s) Address: *Dirección(es) de(los) Reclamante(s):*
Complainant (s) Phone Number: *Número(s) de teléfono de(los) Reclamante(s):*	
Complainant's Representative's Name, Address, Phone Number and Relationship (e.g. friend, attorney, parent, ect); *Nombre del representante del Reclamante, dirección, teléfono y relación (por ejemplo amigo, abogado, padre, etc.):*	
Name and Address of Agency, Institution, or Department Whom You Allege Discriminated Against You: *Nombre y dirección de la agencia, institución o departamento que usted alega discriminó en su contra:*	
Names of the Individual (s) Whom You Allege Discriminated Against You)If Known): *Nombre(s) de(los) Individuo(s) que usted alega discriminaron en su contra (si lo sabe):*	
I believe the discrimination I experienced was based on (check all that apply): *Creo que la discriminación que yo experimenté fue basada en (marque todos los que apliquen):* ☐ Race *Raza* ☐ Color *Color* ☐ National Origin *Origen Nacional*	Date of Alleged Discrimination: *Fecha de la supuesta discriminación:*

Mail to: *Envie por correo a:* **Miami-Dade Transit, Office of Civil Rights & Labor Relations, 701 NW First Court, Suite 1700, Miami, Florida 33136**

This form may also be faxed to: *Este formularo también se puede enviar por fax a:* **786-469-5589**

A complaint must be filed no later than 180 days after the date of the alleged discrimination.

Toda queja tiene que ser reportada dentro de los 180 días siguientes al incidente de alegada discriminación.

MIAMI-DADE TRANSIT

Title VI Non-Discrimination Program
Complaint of Discrimination

Please list the name(s) and phone number(s) of any person, if known, that Miami Dade Transit could contact for additional information to support or clarify your allegation(s). *Por favor enumere el(los) nombre(s) y teléfono(s) de cualquier persona, si sabe, que Transporte de Miami-Dade podría contactar para obtener información adicional para respaldar o aclarar lo que usted alega.*
Please explain as clearly as possible **how, why, when** and **where** you believe you were discriminated against. Include as much background information as possible about the alleged acts of discrimination. Additional pages may be attached if needed. *Por favor explique lo más claramente posible cómo, por qué, cuándo y dónde cree usted que discriminaron en su contra. Incluya la mayor cantidad de información de segundo plano posible acerca de los supuestos actos de discriminación. Puede agregar páginas adicionales si es necesario.*
Complainant(s) or Complainant(s) Representatives Signature: *Firma de(los) Reclamante(s) o de los representantes de(los) Reclamante(s):* — Date of Signature: *Fecha de la firma:*