

**La Autoridad Metropolitana de Aeropuertos de Washington**  
**FORMULARIO DE QUEJA DEL TÍTULO VI**

La Autoridad Metropolitana de Aeropuertos de Washington se compromete a garantizar que ninguna persona sea excluida de participar o negada los beneficios de sus servicios sobre la base de raza, color, u origen nacional, según lo dispuesto en el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, según enmendada. Quejas Del Título VI deben ser presentadas dentro de los 180 días a partir de la fecha de la supuesta discriminación.

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, por favor póngase en contacto con el Department of Supplier Diversity llamando al (703) 417-8660. O por Correo Electrónico [delan.johnson@mwa.com](mailto:delan.johnson@mwa.com).

El formulario completo debe ser devuelto a Metropolitan Washington Airports Authority, Department of Supplier Diversity Office, 1 Aviation Circle, Washington, DC 20001

1. El nombre del demandante : \_\_\_\_\_

2. Dirección: \_\_\_\_\_

3. Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

4. Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

5. Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ (Teléfono Móvil): \_\_\_\_\_

6. Persona discriminado (si alguien que no sea el demandante):

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

7. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la razón por la supuesta discriminación ocurrió?

Raza

Color

Origen Nacional (Competencia Inglés limitado)

8. ¿En qué fecha la supuesta discriminación se llevan a cabo?: \_\_\_\_\_

9. En sus propias palabras, describir la supuesta discriminación. Explique lo que pasó y lo que la política, programa, actividad o persona que usted cree era discriminatoria.

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

10. ¿Ha presentado esta queja con cualquier otro estado, o agencia federal, local o con cualquier corte federal o estatal?

Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

11. En caso afirmativo, sírvanse proporcionar información sobre una persona de contacto en la agencia/ tribunal donde se presentó la denuncia.

\_\_\_\_\_

12. Por favor firme abajo. Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que usted piensa que es relevante para su queja.

\_\_\_\_\_  
Firma Del Reclamante

\_\_\_\_\_  
Fecha