



Central Florida Expressway Authority

Título VI Forma de Reclamación

Nombre	Número de teléfono (si disponible)	Número de teléfono de la tarde (si disponible)
--------	------------------------------------	--

Dirección (número y calle, apartado postal, etc.)	Ciudad, Estado, y Código postal
---	---------------------------------

Nombre de la persona que discriminó contra usted y su posición (si conocido):

Describa por favor el acontecimiento, ocasión, lugar, etc. donde la discriminación sucedió:

Fecha del incidente discriminatorio:

Causa de la discriminación (marque por favor):

Raza Retaliación Sexo Estado Familiar Religión Color de Piel Nacionalidad Edad

Impedimento Físico o Mental

Por favor explique brevemente el incidente que provocó una violación de Título VI, incluyendo quienes participaron y cualquier otros detalles necesarios para una investigación. (Puede utilizar el otro lado de este papel y/o adjuntar un documento adicional.)

Firma	Fecha
-------	-------

Envíe por correo a: Iranetta J. Dennis, Central Florida Expressway Authority, 4974 ORL Tower Road, Orlando 32807
Correo Electrónico: Iranetta.dennis@CFXway.com Fax 407-690-5034