



**Hialeah Transit System  
Title VI Non-Discrimination Program  
Complaint of Discrimination**

Complainant (s) Name: <i>Nombre(s) de(los) Reclamante(s):</i>	Complainant(s) Address: <i>Direccion de(los) Reclamante(s):</i>	
Complainant (s) Phone Number: <i>Numero de telefono de(los) Reclamante (s):</i>		
Complainant's Representative's Name, Address, Phone Number and Relationship (e.g. friend, attorney, parent, etc); <i>Nombre del representante del Reclamante, direccion, telefono y relacion (por ejemplo amigo, abogado, padres, etc);</i>		
Name and Address of Agency, Institution, or Department Whom You Allege Discriminated Against You; <i>Nombre y Direccion de la agencia, institucion o departamento que usted alega discrimino en su contra;</i>		
Names of the individual(s) Whom You Allege Discriminated Against You (if known); <i>Nombre(s) de(los) individuo(s) que usted alega discriminaron en su contra (si lo sabe);</i>		
I believe the discrimination I experienced was based on: (check all that apply): <i>Creo que la discriminacion que yo experimete fue basado en (marquee todos los que apliquen):</i>	<input type="radio"/> Race <i>Raza</i>  <input type="radio"/> Color <i>Color</i>  <input type="radio"/> National Origin <i>Origen Nacional</i>	Date of Alleged Discrimination: <i>Fecha de la Supuesta discriminacion:</i>

**Mail to: *Envie por correo a:*** Hialeah Transit System (HTS), 900 East 56 Street, Hialeah, Florida 33013 Attn: Jorge de la Nuez  
 This form may also be faxed to: *Este formulario tambien se puede enviar por fax a:* **305-687-2666** Attn: Jorge de la Nuez  
 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 dias siguientes al incidente de alegada discrimination.



**Hialeah Transit System  
Title VI Non-Discrimination Program  
Complaint of Discrimination**

Please list the name(s) and phone number(s) of any person, if known, that Hialeah Transit System could contact for additional information to support or clarify your allegation(s).

*Por favor enumere el(los) nombre(s) y telefono(s) de cualquier persona, si sabe, que el Sistema de Transportes de Hialeah 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 mas claramente posible como, por que, cuando y donde 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 paginas 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 :*