**Title VI Complaint Form**

The Midtown Management District is committed to ensuring that no person is excluded from participation in or denied the benefits of its services on the basis of race, color or national origin, as provided by Title VI of the Civil Rights Act of 1964, as amended. Title VI complaints must be filed within 180 days from the date of the alleged discrimination.

The following information is necessary to assist us in processing your complaint. If you require any assistance in completing this form, please contact the Capital Projects Manager for Midtown by calling 713-526-7577. The completed form must be returned to the Midtown Management District, 410 Pierce Street, Suite 355, Houston, Texas 77002.

|  |  |
| --- | --- |
| Your Name: | Phone: |
| Street Address: | Alt Phone: |
| City, State & Zip Code: |
| Person(s) discriminated against (if someone other than complainant): Name(s): | |
| Street Address, City, State & Zip Code: | |

|  |  |
| --- | --- |
| Which of the following best describes the reason for the alleged discrimination took place?  (Circle one)   * Race * Color * National Origin (Limited English Proficiency) | Date of Incident: |
|  |

Please describe the alleged discrimination incident. Provide the names and title of all Midtown employees involved if available. Explained what happened and whom you believe was responsible. Please use the back of this form if additional space is required.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Title VI Complaint Form**The Midtown Management District  
Please describe the alleged discrimination incident (continued)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Have you filed a complaint with any other federal, state or local agencies? (Circle one) Yes / No If so, list agency / agencies and contact information below:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Agency: | Contact Name: |  |
|  |  |  |
| Street Address, City, State & Zip Code: | Phone |  |
|  |  |  |
| Agency: | Contact Name: |  |
|  |  |  |
| Street Address, City, State & Zip Code: | Phone |  |
|  |  |  |

Complainants Signature: Date:

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

Print or Type Name of Complainant

|  |
| --- |
| Date Received: |
| Review By: |

**Formulario de Quejas del Título VI**

El Distrito Administrativo de Midtown (Midtown) está comprometida a garantizar que ninguna persona sea excluida de participar o se le sean negados los beneficios de sus servicios sobre la base de raza, color u origen nacional, conforme a lo dispuesto por el Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1964. Las quejas conforme al Título VI deben ser presentadas dentro de los 180 días siguientes a 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 Administrador de Proyectos de Capital de Midtown llamando al 713-526-7577. El formulario completo deberá ser devuelto a la siguiente dirección: Midtown Management District, 410 Pierce Street, Suite 355, Houston, Texas 77002.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: | Teléfono: |
| Dirección residencial: | Teléfono Alternativo: |
| Ciudad, Estado, y Código Postal: |
| Persona(s) contra la(s) que se discriminó (si no se trata de la persona que presenta la queja):  Nombre(s): | |
| Dirección residencial, Ciudad, Estado, y Código Postal: | |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cuál de los siguientes casos describe mejor la razón de la presunta discriminación? (Circule una opción)   * Raza * Color * Origen nacional (Conocimiento limitado del inglés) | Fecha del incidente: |
|  |

Por favor describa el presunto incidente discriminatorio. Proporcione los nombres y puestos de todos los empleados de Midtown que estuvieron involucrados, si están disponibles. Explique lo qué fue lo que sucedió y quién considera que fue responsable. Por favor use el reverso de este formulario si requiere espacio adicional.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Formulario de Quejas del Título VI**El Distrito Administrativo de Midtown  
Por favor describa el presunto incidente discriminatorio (continuación)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

¿Ha presentado usted una queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local?

(Marque con un círculo**) Si / No**

Si la respuesta es “Si,” indique a continuación la agencia o agencias y la información de contacto:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Agencia: | Nombre de contacto: |  |
|  |  |  |
| Dirección, Ciudad, Estado, Código postal: | Teléfono: |  |
|  |  |  |
| Agencia: | Nombre de contacto: |  |
|  |  |  |
| Dirección, Ciudad, Estado, Código postal: | Teléfono: |  |
|  |  |  |

Firma de quien presenta la queja Fecha

Imprima el nombre de quien presenta la queja

|  |
| --- |
| Date Received: |
| Review By: |