

Trinity Metro  
**Title VI Non-Discrimination Program**

**Complaint of Discrimination**

<b>Complainant (s) Name:</b> <i>Nombre(s) de(los) Reclamante(s):</i>	<b>Complainant (s) Address:</b> <i>Dirección(es) de(los) Reclamante(s):</i>
---	--

<b>Complainant (s) Phone Number:</b> <i>Número(s) de teléfono de(los) Reclamante(s):</i>
---

<b>Complainants Representatives Name, Address, Phone Number and Relationship (e.g. friend, attorney, parent, etc.):</b> <i>Nombre del representante del Reclamante, dirección, teléfono y relación (por ejemplo amigo, abogado, padre, etc.):</i>
--

<b>Name and Address of Agency, Institution, or Department Whom You Allege Discriminated Against You:</b> <i>Nombre y dirección de la agencia, institución o departamento que usted alega discriminó en su contra:</i>
--

<b>Names of the Individual (s) Whom You Allege Discriminated Against You (If Known):</b> <i>Nombre(s) de(los) individuo(s) que usted alega discriminaron en su contra (si lo sabe):</i>
--

<b>I believe the discrimination I experienced was based on (check all that apply):</b> <i>Creo que la discriminación que yo experimenté fue basada en (marque todos los que apliquen):</i>	<b>Race Raza</b> <b>Color Color</b> <b>National Origin</b> <i>Origen Nacional</i>	<b>Date of Alleged Discrimination:</b> <i>Fecha de la supuesta discriminación:</i>
---	--	---

Mail to: *Envíe por correo a:* **Detra Whitmore, VP of Customer Experience, 801 Grove St., Fort Worth, Texas 76102**

This form may also be faxed to: *Este formulario también se puede enviar por fax a:* **817-215-7533**

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.*

**Title VI Non-Discrimination Program**

**Complaint of Discrimination**

Please list the name(s) and phone number(s) of any person, if known, that Trinity Metro 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 Trinity Metro 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:*