



La política de la Ciudad de Rogers garantiza el cumplimiento de la no discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, edad, sexo, religión (no aplicable como grupo protegido bajo el Programa Título VI de la FMCSA), discapacidad, dominio limitado del inglés (LEP) o estado de bajos ingresos según lo dispuesto por el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y las autoridades antidiscriminatorias relacionadas.

#### **Título 42 USC Secciones 2000d**

La Orden Ejecutiva 13166 garantiza que las personas cuyo primer idioma no es el inglés y tienen una capacidad limitada para leer, escribir o comprender el inglés tengan un acceso significativo a los programas, la información y los servicios de cualquier entidad que reciba fondos federales. Proporcione la siguiente información necesaria para procesar su queja. Se debe presentar una queja formal dentro de los 180 días posteriores a la ocurrencia del presunto acto discriminatorio. Usted puede solicitar asistencia si lo necesita. Comuníquese con el Sr. John M. Pesek al (479) 636-0100.

Complete este formulario y envíarlo a:

Ciudad de Rogers

Atención: Sr. John M. Pesek (Coordinador de ADA/504/Título VI)

301 W Chestnut Street

Rogers, AR 72756

(479) 636-0100

O la siguiente dirección de correo electrónico: [jpesek@rogersar.gov](mailto:jpesek@rogersar.gov)

---

Nombre del denunciante:

---

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_

Persona(s) discriminada(s) (si no es el denunciante)

Nombre:

---

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_

¿En qué se basa la discriminación?  Raza  Color  Nacionalidad

Discapacidad  Ingresos  Dominio limitado del inglés (LEP)  Sexo  Edad

Fecha de la supuesta discriminación: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

Agencia o persona responsable de la supuesta discriminación:

---

---

¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local? Si es así, ¿quién?

---

---

¿Qué remedio o resolución buscas?

---

---

---

Enumere los nombres y la información de contacto de las personas que puedan tener conocimiento de la supuesta discriminación.

---

---

Describa la supuesta discriminación. Explique lo que sucedió y quién cree que es responsable.

---

---

**El denunciante debe firmar con fecha. La denuncia no será admitida si no ha sido firmada. Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información de respaldo que considere relevante para su queja.**

---

Firma

---

Fecha