

# Title VI Complaint Log

| Case Number | Complainant/<br>Address | Filing Date | Basis | Status | Disposition |
|-------------|-------------------------|-------------|-------|--------|-------------|
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |
|             |                         |             |       |        |             |