

Formulario de reclamación del Título VI

Sección I:			
Nombre:			
Dirección:			
Teléfono (casa):		Teléfono (trabajo):	
Dirección de correo electrónico:			
Requisitos de formato accesible?	Con letras grandes?	Cinta de audio	
	TDD	Otro	
Sección II:			
¿Presenta esta queja en su propio nombre?		Sí*	No
*Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.			
Si no, por favor proporcione el nombre y la relación de la persona por la que se está quejando:			
Por favor, explique por qué ha solicitado a un tercero:			
Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si está		Sí	No
Sección III:			
Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Origen nacional			
Fecha de la supuesta discriminación (mes, día, año): _____			
Explique lo más claramente posible lo que pasó y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que lo discriminó (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, por favor use el reverso de este formulario. Traducción realizada con la versión gratuita del traductor			
Sección IV:			
¿Ha presentado anteriormente una queja del Título VI en esta agencia?		Sí	No
Sección V			
¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Si es así, marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Agencia Federal: <input type="checkbox"/> Corte Federal <input type="checkbox"/> Agencia Estatal <input type="checkbox"/> Corte Estatal <input type="checkbox"/> Agencia Local			
Sírvese proporcionar información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la denuncia.			
Nombre y apellido:			
Título:			
Agencia:			
Dirección:			
Teléfono:			
Sección VI			
El nombre de la Agencia de Tránsito es la queja en contra:			
Persona de contacto:			
Título:			
Número de teléfono:			

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relev. A continuación se requiere la firma y la fecha de la firma.

Signature: _____ Signature Date: _____

Por favor, envíe este formulario en persona a la dirección que figura a continuación, o envíelo por correo a:
EXCEED Coordinador del Título VI, 1285 North Santa Fe St., Hemet, CA 92543