|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección I:** | | | | | | | | | |
| Nombre: | | | | | | | | | |
| Dirección: | | | | | | | | | |
| Número Telefónico (Casa): | | | Número Telefónico (Trabajo): | | | | | | |
| Dirección de Correo Electrónico: | | | | | | | | | |
| Requisitos de formato Accesibles? | Letra Grande |  | | | Cinta de audio | | | |  |
| TDD |  | | | Otro | | | |  |
| **Sección II:** | | | | | | | | | |
| ¿Está usted presentando esta queja en su propio nombre? | | | | | | Sí \* | No | | |
| \*Si usted contestó "sí" a esta pregunta, ve a la Sección III. | | | | | | | | | |
| Si no es así, por favor proporcione el nombre y la relación de la persona para la cual se está quejando: | | | | | |  | | | |
| Por favor, explique por qué usted ha presentado para un tercero: | | | |  | | | | | |
|  | | | | | |
| Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte perjudicada, si usted está presentando en nombre de un tercero. | | | | | | Sí | | No | |
| **Sección III:** | | | | | | | | | |
| Creo que la discriminación que experimenté fue basada en (marque todo lo que corresponda):  [ ] Raza [ ] Color [ ] Origen Nacional  Fecha de la discriminación alegada (Mes, Día, Año):  Explique lo más claramente posible lo que pasó y por qué cree que fue discriminado. Describa todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que lo discriminó (si se conoce), así como los nombres y la información de los testigos. Si se necesita más espacio, por favor use el reverso de este formulario.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **S**e**cción IV** | | |
| ¿Ha presentado anteriormente una queja del Título VI con esta agencia? | Sí | No |
| **Sección V** | | |
| ¿ Ha presentado esta queja con cualquier otra agencia federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal?  [ ] Sí [ ] No  En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:  [ ] Agencia Federal:  [ ] Tribunal Federal: [ ] Agencia Estatal: [ ] Tribunal Estatal: [ ] Agencia Local: | | |
| Por favor, proporcione información acerca de una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja. | | |
| Nombre: | | |
| Título: | | |
| Agencia: | | |
| Dirección: | | |
| Número Telefónico: | | |
| **Sección VI** | | |
| Nombre de la agencia la cual la queja es contra: | | |
| Persona de Contacto: | | |
| Título: | | |
| Número Telefónico: | | |

Puede agregar cualquier material escrito o cualquier otra información que usted considere pertinente para su queja.

Firma y fecha requerida abajo

Firma Fecha

Por favor, entregue este formulario en persona en la dirección indicada abajo, o envíe por correo a: Redwood Terrace Transportation

710 West 13th Avenue

Escondido, CA 92025