



Formulario de quejas de Titulo VI

Al llenar el formulario, someta el original firmado o la carta en persona o por correo a:

Tim Watkins, Jefe de Asuntos Legislativos y Publicos
Autoridad de Transporte del condado de San Bernardino
1170 W. 3rd Street, Second Floor
San Bernardino, CA 92410-1715

¿Preguntas?

Teléfono: (909) 884-8276
Servicio de Transmisión de California 7-1-1
(para los usuarios TTY)

1. Información de Contacto

Nombre del Demandante: _____
Domicilio: _____
Ciudad, Estado y Código Postal: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

¿Cuáles son los días y las horas más convenientes para que nos comuniquemos con Usted acerca de su queja?

2. Base de la(s) acción(es) discriminatoria (s):

Marque abajo todas las categorías que aplican al hecho(s) de la discriminación.

a	<input type="checkbox"/>	Raza
b	<input type="checkbox"/>	Color
C	<input type="checkbox"/>	Origen Nacional (Favor de indicar su origen nacional.):

3. Fecha y lugar de la(s) acción(es) presunta (s).

Incluya la fecha más temprana de la discriminación y la fecha más reciente de la discriminación:

Fecha: _____ Lugar: _____
Fecha: _____ Lugar: _____

4. ¿Cómo ha sido discriminado Usted?

Describa la naturaleza de la acción, decisión, o las condiciones de la presunta discriminación. Explique lo más claramente posible qué ha sucedido y porqué Usted cree que su estado (base) protegido (a) fue un factor en su discriminación. Incluya cómo el trato que otras personas han recibido fue diferente a su trato. (Si necesite, adjunte página (s) adicional (es)).



Formulario de quejas de Título VI

5. Nombres de los individuos responsables por la(s) acción (es) discriminatoria (s):

6. Nombres de los individuos (testigos, empleados compañeros, supervisores u otros) a quienes les podemos contactar para una información adicional para apoyar o clarificar su queja.

(Si necesite, adjunte página (s) adicional (es)).

	Nombre	Domicilio	Numero de Teléfono
1.			
2.			

7. ¿Ha sido presentada esta queja con cualquier otra agencia de investigación Federal, Estatal o local?

No Sí Si “sí”, favor de proveer la información siguiente:

Agencia: _____
Persona de Contacto: _____
Domicilio: _____
Numero de teléfono: _____
Fecha de Presentación: _____

8. Favor de proveer cualquier otra información adicional que Usted piensa que asistiría en la investigación:

Favor de firmar y fechar este formulario ▼.

Firma del demandante

Fecha