



Formulario de queja en virtud del Título VI

Una vez completado, presente el formulario o carta original firmada en persona o por correo a:

San Bernardino County
Transportation Authority
Legislative and Public Affairs
1170 W. 3rd Street, Second
Floor
San Bernardino, CA 92410-1715

¿Preguntas?

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

¿Se requieren formatos accesibles?

Letra grande _____
TDD _____
Cinta de audio _____
¿Otro? _____

1. Información de contacto

Nombre de la persona que presenta la queja: _____
Dirección: _____
Ciudad, estado y código postal: _____
Teléfono fijo/celular: _____ Teléfono del trabajo: _____
Correo electrónico: _____

¿Cuáles son los días y horarios más convenientes para que lo contactemos en relación con esta queja?



Formulario de queja en virtud del Título VI

2. ¿Presenta esta queja en su propio nombre? No Sí
Si la respuesta es “sí,” vaya al Número 3.

Si respondió “no,” proporcione la siguiente información:

El nombre y la relación de la persona para la cual usted está presentando la queja:	
Por favor, explique por qué ha presentado una queja en nombre de un tercero:	
Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si usted está presentando una queja en nombre de un tercero.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

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

Marque todas las categorías a continuación que correspondan al acto o los actos de discriminación.

a	<input type="checkbox"/>	Raza
b	<input type="checkbox"/>	Color
c	<input type="checkbox"/>	Origen nacional (Por favor, indique su origen nacional.):

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

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

Fecha: _____ Lugar: _____

Fecha: _____ Lugar: _____



Formulario de queja en virtud del Título VI

5. ¿Cómo fue discriminado?

Describa la naturaleza de la acción, decisión o condiciones de la presunta discriminación. Explique de la manera más clara posible qué ocurrió y por qué usted considera que su estatus de protección (base) fue un factor en la discriminación. Incluya cómo otras personas fueron tratadas de manera distinta a usted. (Adjunte página(s) adicionales si es necesario).

6. Nombres de las personas responsables de la(s) acción(es) discriminatoria(s):

7. Nombres de las personas (testigos, compañeros de empleo, supervisores u otros) a quienes podemos contactar para obtener información adicional para respaldar o clarificar su queja.

(Adjunte página(s) adicionales si es necesario).

Nombre

Dirección

Número de teléfono

1.

2.



Formulario de queja en virtud del Título VI

8. ¿Ha presentado anteriormente una queja en virtud del Título VI ante este organismo?

- No Sí

9. ¿Esta queja ha sido presentada con algún otro organismo de investigación federal, estatal o local?

- No Sí Si la respuesta es “sí,” por favor brinde la siguiente información:

Organismo: _____

Persona de contacto: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Fecha de presentación: _____

10. Proporcione cualquier información adicional que considere que ayudaría en la investigación.

Firme y feche este formulario. ▼

Firma de la persona que presenta la queja

Fecha