

## FORMULARIO DE QUEJA TÍTULO VI

<b>Sección I:</b>				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono (Casa):			Teléfono (Trabajo):	
Correo Electrónico:				
Requisitos de Formato accessible?	Letra Grande		Cinta de Audio	
	TDD		Otro	
<b>Sección II:</b>				
¿Está llenando esta queja para usted mismo?		Sí *	No	
*Si usted contestó "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.				
Si no es así, por favor proporcione el nombre y la relación de la persona de la que usted está presentando la queja:				
Por favor, explique por qué usted ha presentado para una tercera persona:				
Por favor, confirma que ha obtenido el permiso de la parte perjudicada, si usted está llenando en nombre de una tercera persona.			Sí	No
<b>Sección III:</b>				
Creo que la discriminación que experimenté fue basado en (marque todo lo que corresponda):				
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional				
Fecha de la Discriminación Presunta (mes, día, año):				
Explique lo más claramente posible lo que pasó y por qué cree que fue discriminado. Describir 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 en contacto. Si se necesita más espacio, por favor use la parte de atrás de este formulario.				
<b>Sección IV</b>				
¿Ha presentado esta queja con cualquier otro Federal, estatal o agencia local, o con cualquier Tribunal Federal o estatal?				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
En caso afirmativo, 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
Por favor proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la denuncia.	
Nombre:	
Título:	
Agencia:	
Dirección:	
Teléfono:	
<b>Sección VI</b>	
Nombre de la agencia de queja en contra:	
Persona de Contacto:	
Título:	
Número de teléfono	

Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que usted piensa que es relevante para su queja.

Firma y fecha requerida a continuación

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Por favor, presente esté formulario en persona a la dirección de abajo, o envíe este formulario por correo a:

City of Santa Maria-Transit Division  
110 S. Pine Street, Suite 221  
Santa Maria, Ca 93458