



Community Partners IN CARING
120 East Jones Street, Ste 123
Santa Maria, CA 93454
(805) 925-0125

FORMULARIO DE RECLAMO POR DISCRIMINACION (TITULO VI)

Sección I.				
Nombre:				
Dirección postal:				
Teléfono (de casa):			Teléfono (de trabajo):	
Dirección de correo electrónico:				
¿Requisitos de formato accesible? (marque todos los que sean necesarios)	Letra Grande		Audio	
	TDD		Otro	
Sección II:				
¿Usted está presentando esta queja en su nombre?			Si*	No
* Si usted respondió "Sí" a esta pregunta, ir a la sección III.				
Si no, por favor provea el nombre y la relación de la persona para la cual usted se queja:				
Explique porqué ha presentado por un tercero:				
Por favor confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si usted está solicitando en nombre de un tercero de un tercero.			Si	No
Sección III.				
Creo que la discriminación que he experimentado fue basada en (marque todas las que apliquen): [] Raza [] Color [] Origen Nacional				
Fecha de la supuesta discriminación (mes, día, año): _____				
Explicar lo más claramente posible lo que pasó y por qué usted cree que fueron discriminados. Describir a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluir el nombre e información de contacto de la persona que discriminó (si lo conoce) así como nombres e información de contacto de testigos. Si se necesita más espacio, utilice el dorso de este formulario.				

Sección IV		
¿Ha anteriormente presentado una queja del título VI con esta agencia?	Si	No
Sección V.		
¿Ha presentado una querrela con cualquier ora agencia Federal, Estatal o local, o con cualquier Estatal o Federal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Si "Sí", revise todas las que apliquen:		
<input type="checkbox"/> Agencia Federal _____		
<input type="checkbox"/> Tribunal Federal _____ <input type="checkbox"/> Agencia Estatal _____		
<input type="checkbox"/> Tribunal Estatal _____ <input type="checkbox"/> Agencia Local _____		
Por favor provea información acerca de la persona en la agencia/tribunal donde la queja fue sometida.		
Nombre:		
Título:		
Agencia:		
Dirección de postal:		
Teléfono:		
Sección VI		
Nombre de denuncia de la agencia es contra:		
Persona de contacto:		
Título:		
Teléfono:		
Usted puede conectar cualquier material escrito u otra información que crea que es pertinente a su queja. Firma y fecha son requeridas a continuación.		
_____		_____
Firma		Fecha
Por favor, lleve este formulario en persona a la siguiente dirección, o envíe por correo este formulario a cualquiera de las dos direcciones:		
Community Partners in Caring 120 East Jones Street, Ste. 123 Santa Maria, CA 93454 Executive Director / Title VI Program Manager	-OR-	Federal Transit Administration Office of Civil Rights East Building, 5 th Floor-TCR 1200 New Jersey Ave. SE Washington, DC 20590
**Para información, llame (805) 925-0125		