

Comisión de Transporte Local del Condado de Siskiyou

Formulario de queja del Título VI

Sección I:					
Nombre:					
Dirección:					
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Teléfono (Casa):		Teléfono (Trabajar/Celular):			
Dirección de correo electrónico:					
¿Requisitos de formato accesible?	Letra Grande		Cinta de Audio		
	TDD		Otro		
Sección II:					
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?	Sí*	No			
*Si respondió "Sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III					
De lo contrario, proporcione su nombre y relación con la persona por quien presenta la queja a continuación:					
Nombre de la parte que envía:					
¿Cuál es su relación con este individuo?					
Explique por qué ha presentado una solicitud en nombre de un tercero:					
Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada para presentar la solicitud en su nombre.				Sí	No
Sección III:					
Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda):					
Origen Nacional	Carrera		Color	Sexo	Edad
Fecha de la presunta discriminación: (dd/mm/aaaa):					
Explique lo más claramente posible qué sucedió y por qué cree que fue discriminado. Incluya el nombre y la información de contacto de las personas que lo discriminaron (si las conoce), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario.					
Sección IV:					

Comisión de Transporte Local del Condado de Siskiyou

Formulario de queja del Título VI

¿Ha presentado anteriormente una queja del Título VI ante SCLTC?	Sí	No
--	----	----

Sección V:

¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal?

Sí*	No	En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:
[<input type="checkbox"/>] Agencia Federal:		
[<input type="checkbox"/>] Corte federal:		
[<input type="checkbox"/>] Agencia del estado:		
[<input type="checkbox"/>] Corte estatal:		
[<input type="checkbox"/>] Agencia local:		

*En caso afirmativo, proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la denuncia:

Nombre:	
Título:	
Agencia:	
Dirección:	
Teléfono:	

Sección VI:

Nombre de la agencia La queja está en contra:
Persona de contacto:
Título:
Teléfono:

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.

Su firma y fecha son necesarias a continuación para completar el formulario.

Firma	Fecha
-------	-------

Los formularios completos pueden enviarse en persona o enviarse por correo a la siguiente dirección:
 SCLTC - Attn: Executive Director
 190 Greenhorn Road
 Yreka, CA 96097