|  |
| --- |
| **Sección I:** |
| Nombre: |
| Dirección: |
| Teléfono (Casa): | Teléfono (trabajo): |
| Dirección de correo electrónico: |
| Requisitos de formato accesible? | Impresión grande |  | Las cintas de audio |  |
| TDD |  | Otros |  |
| **Sección II:** |
| Se puede presentar esta reclamación en su propio nombre? | Sí\* | No |
| \*Si has contestado "sí" a esta pregunta, vaya a la sección III |
| Si no es así, por favor, proporcione el nombre y la relación de la persona para la que se están quejando: |
| Sírvanse explicar por qué se han interpuesto por un tercero: |
| Por favor confirme que ha obtenido la autorización de la parte agraviada si usted está presentando en nombre de un tercero. | Sí | No |
| **Sección III:** |
| Creo que he experimentado la discriminación se basa en (marque todas las que correspondan): [ ] La Raza Color [ ] [ ] Origen NacionalFecha de presunta discriminación (Mes, Día, Año):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Explicar lo más claramente posible lo que ocurrió y por qué usted cree que son discriminados. Describir todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que discriminó contra usted (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si se necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario. |
| **Sección IV:** |
| Has presentado previamente un Título VI queja con esta agencia? | Sí | No |
| **Sección V:** |
| Ha presentado esta queja con cualquier otro local, estatal o federal, o con cualquier agencia federal o estatal de la Corte?[ ] SÍ [ ] NoSi SÍ, controlar todas las opciones que correspondan:[ ] Agencia Federal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] la Corte Federal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ] Agencia Estatal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] Tribunal Estatal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [ ] Agencia Local:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Continúa en la próxima página** |
| Sírvanse facilitar información acerca de una persona de contacto de la agencia/corte donde se formuló la denuncia.  |
| Nombre: |
| Título: |
| Agencia: |
| Dirección: |
| Teléfono: |
| **Sección VI** |
| Nombre del organismo denuncia es contra: |
| Persona de contacto:  |
| Título:  |
| Número de teléfono :  |

Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que considere relevante para su reclamación.

Firma y fecha requerida abajo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La firma Fecha

Por favor, entregue este formulario en persona a la dirección que aparece a continuación o envíe por correo este formulario a:

Área del Condado de Kings Agencia de Tránsito Público

Título VI Coordinador

610 W 7th Street

Hanford CA 93230