|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 Nacional  Fecha 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 [ ] No  Si 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