



TÍTULO VI FORMA QUEJA

SECCIÓN A:				
Nombre:				
Dirección/Ciudad/ Código Postal:				
Teléfono (Casa):			Teléfono (Móvil/Trabajo):	
E-Mail Address:				
Requisitos de formato Accesibles?	Letra Grande		Cinta de Audio	
	TDD		Otro	
SECCIÓN B:				
¿Está usted presentando esta queja en su propio nombre?			Sí*	No
*Si usted contestó "sí" a esta pregunta, pase a la Sección D				
Si no es así, por favor proporcione el nombre y la relación de la persona para la cual usted está presentando la queja:				
Por favor, explique por qué usted ha presentado para un tercero: _____				
Confirma que has obtenido el permiso de la parte perjudicada, si usted está presentando en nombre de un tercero.			Sí	No
SECCIÓN C:				
Creo que la discriminación que experimenté fue basada en (marque todo lo que corresponda):				
[] Raza [] Color [] Origen Nacional				
Fecha de la discriminación alegada (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 el reverso de este formulario.				

SECCIÓN D		
¿Ha presentado anteriormente una queja del Título VI con esta agencia?	Sí	No
SECCIÓN E		
¿Ha presentado anteriormente una queja del Título VI con esta agencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, marque todas las que correspondan: <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:		
Sirvanse proporcionar información acerca de una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la denuncia.		
Nombre:		
Título:		
Agencia:		
Dirección/Ciudad/ Código Postal:		
Teléfono:		
SECCIÓN F		
Nombre de la agencia de queja es contra:		
Persona de Contacto:		
Título:		
Número Telefónico:		

FIRMA: _____ FECHA: _____

Por favor, envíe este formulario y los documentos de apoyo a través del correo o en persona a la dirección abajo:

Victor Valley Transit Authority
ATTN: Title VI Coordinator
17150 Smoketree Street
Hesperia, CA 92345