

DERECHOS CIVILES 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):				
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> 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:
Sírvanse 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 instalación o al FTA, dirección abajo:

Victor Valley Transit Authority

Attention: Title VI Coordinator
17150 Smoke Tree Street
Hesperia, CA 92345

Federal Transit Administration

Civil Rights Division

Attention: Complaint Team
East Building, 5th Floor – TCR
1200 New Jersey Avenue, SE
Washington, DC 20590