



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"/> Agencia Estatal: | |
| <input type="checkbox"/> Tribunal Federal: | | <input type="checkbox"/> Tribunal 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