

Título VI Formulario de Reclamación (Español)

Sección 601 del Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, se establece que "ninguna persona en los Estados Unidos sera, sobre la causa de su raza, color o origen nacional, excluida de participar en, ni se le negará los beneficios de, o ser objeto de discriminación en cualquier programa o actividad que recibe asistencia financiera Federal." **Si usted siente que ha sido discriminado, por favor proporcione la siguiente información a fin de ayudar en el procesamiento de su reclamación.**

SECCIÓN 1 (Por favor imprima claramente):

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Número de Teléfono: _____ (Casa) _____ (Trabajo)
Formato accesible requisitos? (Por favor lista) _____

SECCIÓN 2

¿Está presentando esta queja en su propio nombre? _____ (Sí) _____ (No)

Si usted contestó sí a esta pregunta, vaya a la Sección 3.

Si no es así, por favor, proporcione el nombre y la relación de la persona en parte que usted se queja:

Nombre: _____ Relación: _____

Por favor, explique por qué se ha presentado para una tercera parte: _____

Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la parte perjudicada si va a presentar en nombre de la tercera parte. _____ (Sí) _____ (No)

SECCIÓN 3

Creo que la discriminación que he experimentado fue basado en (marque todo lo que aplica):

_____ Raza _____ Color _____ Origen Nacional

Fecha y lugar de ocurrencia: _____

Nombre (s) y Título(s) de la(s) persona(s) que creo me discrimino:

La acción o decisión que me causó creer que fui objeto de discriminación es la siguiente:

(Por favor, incluya una descripción de lo que ha sucedido y cómo sus beneficios se les negó, retraso o afecto):

Por favor, enumere todos los nombres de testigos y números de teléfono:

¿Qué tipo de medidas correctivas le gustaría ver?

SECCIÓN 4

¿Anteriormente ha Udsted presentado un Título VI denuncia con esta agencia? ____ (Sí) ____ (No)

SECCIÓN 5

¿Ha Usted presentado esta queja con cualquier otro agencia Federal, local o estatal, o con cualquier Tribunal Federal o Estatal? ____ (Sí) ____ (No)

Si la respuesta es sí, marque todo lo que aplique:

Agencia Federal ____ Tribunal Federal ____ Agencia Estatal ____ Tribunal Estatal ____ Agencia Local ____

Por favor proporcione la información acerca de una persona de contacto de la agencia/corte donde se presentó la denuncia.

Nombre: _____ Título: _____

Agencia: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Usted puede adjuntar cualquier material escrito o otra información que Udsted considere relevante para su reclamación.

Yo creo que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi

conocimiento. Firma y fecha requerida:

Firma

Nombre impreso

Fecha

Por favor envíe este formulario en persona en la dirección indicada o por correo a:

County of Nevada, Department of Public Works
Transit Services Division
Attention: Transit Services Manager
950 Maidu Avenue, Nevada City, CA 95959