

Título VI Formulario de Queja de Needles Area Transit

Sección 1:		
1. Nombre:		
2. Dirección:		
3. Teléfono (casa):	3.a. Teléfono (móvil o trabajo):	
4. Correo Electrónico:		
5. ¿Usted requiere formatos accesibles? ¿Cuáles?		
Sección 2 -		
6. Cuenta con la persona que sufrió la discriminación (si es diferente a la persona que presenta la denuncia):		
7. Nombre y dirección:		
8. Su relación:		
9. Explique la razón por la que presenta la queja como tercera persona:		
10. Confirme que cuenta, con el permiso de la parte agravada para presentar esta queja como tercera persona:	SI	NO
Sección 3:		
11. ¿Cuáles de las siguientes razones describe mejor el motivo de su queja? Fue por su: <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen nacional		
12. ¿Cuándo ocurrió la supuesta discriminación?		
13. En sus propias palabras, describa la supuesta discriminación. Explique lo que pasó y quién considera usted que fue responsable. Por favor utilice el reverso de este formulario si necesita espacio adicional.		

Título VI Formulario de Queja de Needles Area Transit, Página 2

Sección 4:			
14. ¿Cuenta con alguna queja previa sobre discriminación según el Título VI con Needles Area Transit?	Si, por este incidente	Si, por otro incidente	No
Sección 5:			
15. ¿Ha llevado esta queja a alguna otra agencia o a una corte? <input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO *En caso afirmativo, marque cada casilla que corresponda: <input type="checkbox"/> Agencia Federal _____ <input type="checkbox"/> Agencia Estatal _____ <input type="checkbox"/> Corte Federal _____ <input type="checkbox"/> Agencia Local _____ <input type="checkbox"/> Corte Estatal _____			
16. Por favor proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia o corte donde se presentó la denuncia:			
Nombre:			
Dirección:			
Agencia :			
Teléfono			
Correo Electrónico:			

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

Por favor firme a continuación para dar fe que es cierto la información que está proporcionando.

Firma del denunciante _____

Fecha _____

Complete y envíe este formulario a:
 Community Services Manager
 ATTN: Title VI
 817 Third Street
 Needles, CA 92363