



FORMULARIO DE RECLAMO POR DISCRIMINACIÓN CONFORME AL TÍTULO VI

Autoridad de Tránsito Público de los condados Yuba y Sutter, 2100 B Street, Marysville, CA 95901

Sección I:				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono (casa):			Teléfono (oficina):	
Dirección de correo electrónico:				
¿Requisitos de formato accesible?	Letras grandes		Cinta de audio	
	TDD (para sordos)		Otro	
Sección II:				
¿Está presentando este reclamo en su propio nombre?			Sí*	No
*Si respondió "sí" a esta pregunta, pase directamente a la Sección III.				
Si su respuesta es negativa, indique el nombre de la persona por quien está presentando el reclamo y la relación que tiene con ella:				
Explique la razón por la que presenta el reclamo en nombre de un tercero:				
Si está presentando un reclamo en nombre de un tercero, confirme que ha obtenido la autorización de la parte agraviada.			Sí	No
Sección III:				
Creo que la discriminación de la que fui objeto ocurrió por motivos de (marque todos los motivos que correspondan):				
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Nacionalidad				
Fecha de la supuesta discriminación (mes, día, año): _____				
Explique de la manera más clara posible lo que sucedió y por qué cree que fue objeto de discriminación. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona o las personas que le discriminaron (si conoce la información), y los nombres e información de contacto de los testigos, si procede. Si necesita más espacio, agregue hojas adicionales.				

Sección IV:				
¿Ha presentado anteriormente un reclamo a este organismo conforme a lo dispuesto en el Título VI?			Sí	No

CONTINÚA ATRÁS →

Sección V:	
¿Ha presentado este reclamo a otro organismo federal, estatal o local, o a algún tribunal federal o estatal?	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si su respuesta es afirmativa, marque todos los que correspondan:	
<input type="checkbox"/> Organismo federal:	
<input type="checkbox"/> Tribunal federal	<input type="checkbox"/> Organismo estatal
<input type="checkbox"/> Tribunal estatal	<input type="checkbox"/> Organismo local
Proporcione la siguiente información sobre la persona de contacto en el organismo o tribunal donde presentó el reclamo.	
Nombre:	
Cargo:	
Organismo:	
Dirección:	
Teléfono:	
Sección VI:	
Nombre del organismo contra el que va dirigido el reclamo:	
Persona de contacto:	
Cargo:	
Teléfono:	

Puede adjuntar materiales escritos u otra información que considere relevante para su reclamo.

A continuación, firme y escriba la fecha.

Firma

Fecha

Entregue este formulario en persona en la dirección que se indica abajo, o envíelo por correo postal a:

Yuba-Sutter Transit
 ATTN: Transit Manager
 2100 B Street
 Marysville, CA 95901
 Teléfono: (530) 634-6880
 Fax: (530) 634-6888