



Ciudad de Tustin

FORMULARIO DE QUEJA Titulo VI

Programa de Transporte - Tustin Area Senior Center

Sección I: Por favor de escribir legiblemente

1. Nombre: _____
2. Domicilio: _____
3. Número de Teléfono: _____ (Número Opcional): _____
4. Correo electrónico _____
5. ¿Requiere Formatos Accesibles?
() Letra Impresa Grande
() Cinta de Audio/ Disco Compacto (CD)
() Teléfono de Texto (TDD)
() Otro _____

Sección II:

6. ¿Está usted registrando esta denuncia en su nombre propio? Sí * _____ No _____
*Si contesto "Sí" a #6, por favor de continuar con Sección III.
7. Si contesto "no" a #6, ¿cuál es el nombre de la persona por cual usted está llenando esta forma? Nombre: _____
8. ¿Qué es su relación con esta persona?: _____
9. Por favor de explicar el uso de un representante de tercera parte:

10. Por favor de confirmar que ha obtenido el permiso para presentar a la persona agraviada. Sí _____ No _____

Sección III:

11. Yo creo que la discriminación que he experimentado se basó en lo siguiente (Marque todo lo que aplica):
[] Raza [] Color [] Origen Nacional [] Otro _____
12. Fecha de la supuesta discriminación: (dd/mm/aa): _____
13. Por favor explique lo más claramente posible lo que pasó y por qué cree que fue discriminado. Por favor describa todas las personas que fueron involucradas. Incluye aquellos que lo discriminó, el nombre y la información de contacto (si se conoce), así también los nombres y la información de los testigos. Si se necesita más espacio, adjunte hojas adicionales. Gracias.

Sección V:

15. ¿Ha presentado esta queja con otras agencias del gobierno? (Por ejemplo, ha presentado esta queja con otras agencias Federal/ Estatal o alguna corte Federal/ Estatal u otra agencia no mencionada.) Sí _____ No _____

Si "sí", marque todo lo que aplica:

- Agencia Federal _____ Agencia Estatal _____
 Corte Federal _____ Corte Estatal _____
 Otra agencia _____

16. Si usted contestó "sí" a # 15, por favor de anotar información sobre la persona de contacto de la agencia / tribunal donde se presentó su denuncia.

Nombre: _____

Título de trabajo: _____

Agencia: _____

Domicilio: _____

Número de Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Sección VI:

Nombre de la Agencia de Tránsito en cual esta queja es en contra: _____

Persona de Contacto: _____

Número de Teléfono: _____

Puede acompañar cualquier material escrito o cualquier otra información que usted piensa que es relevante a su queja.

Se requiere su firma y la fecha de entrega para completar esta forma:

Firma _____ **Fecha** _____

Por favor de entregar este formulario en persona o por correo a la dirección indicado abajo:

City of Tustin
Tustin Area Senior Center Transportation Program
200 South C Street
Tustin, CA 92780