



1503 N. IMPERIAL AVE. SUITE 104
EL CENTRO, CA 92243-2875
PHONE: (760) 592-4494
FAX: (760) 592-4410

Título VI Formulario Para Reclamo

El Título VI del Acto de los Derechos Civiles de 1964 establece que “Ninguna persona en los Estados Unidos debe, por causa de raza, color, u origen nacional sea excluida de participación en, o ser negado los beneficios de, o ser sujeto a discriminación bajo cualquier programa o actividad que recibe asistencia financiera de parte del gobierno federal.”

La siguiente información es necesaria en asistirnos para procesar su reclamo. Si usted necesita ayuda para llenar este formulario, por favor háganoslo saber.

Llene y regrese este formulario al Coordinador de Título VI: Imperial County Transportation Commission, 1503 N. Imperial Ave. Suite 104, El Centro, CA 92243.

1. Nombre del Demandante: _____
2. Domicilio: _____
3. Ciudad _____ Estado: _____ Código Postal: _____
4. Número de Teléfono (Hogar): _____ (Celular): _____
5. Correo Electronico: _____
6. Persona que fue discriminada (en caso de una persona distinta del autor):
Nombre: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Explique la razón por la que el reclamo es presentado a través de una tercera persona:

Confirme que ha obtenido permiso del agraviado: Si No

7. ¿Cuál de las siguientes describe mejor la razón que usted cree que la discriminación se llevó a cabo? ¿Fue debido a su?:

a. Raza:

b. Color:

b. Origen Nacional:

8. ¿En qué fecha sucedió la presunta discriminación? _____

9. En sus propias palabras describa la presunta discriminación. Explique qué sucedió y quien cree usted fue responsable. Por favor utiliza el reverso de este formulario si necesita más espacio.

10. ¿A usted presentado esta queja a alguna otra agencia federal, estatal, o local; o con alguna corte federal o estatal? Si: No:

En caso afirmativo, por favor marque cada cuadrado que corresponde:

Agencia Federal Corte Federal Agencia Estatal

Corte Estatal Agencia Local

11. Por favor provea información sobre una persona de contacto en la agencia/corte donde presento su demanda:

Nombre _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____

12. Firma y fecha requeridas abajo. Usted puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que considere relevante para su queja.

Firme del Demandante

Fecha