

**Anexo B:
Formulario de queja del Título VI**

| | | |
|---|-----------------|-----------------------------------|
| Sección A: | | |
| Nombre: | | |
| Dirección: | | |
| Teléfono (Celular/Casa): | | Teléfono (Trabajo): |
| Dirección de correo electrónico: | | |
| Necesitaba la siguiente ayuda con la traducción y/o formato accesible | Letra grande: | Traducción: Idioma solicitado: |
| | TDD: | |
| | Cinta de audio: | Otro: Formato solicitado: |
| Sección B: | | |
| ¿Está presentando esta queja en su propio nombre? | Sí | No |
| Si respondió "Sí", omita la Sección B y vaya a la Sección C | | |
| En caso contrario, proporcione la siguiente información del tercero afectado por quien está presentando esta queja: Nombre: _____ Relación: _____ Dirección: _____ Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____ | | |
| Explique por qué ha presentado esta queja en nombre del tercero afectado: | | |
| ¿Ha obtenido el usted permiso del tercero afectado para presentar esta queja en nombre de el or ella? | Sí | No |
| Sección C: | | |
| Nombre de la oficina, departamento y/o empleado del condado contra el cual se presenta la queja: | | |
| Fecha de la presunta discriminación (Mes, Día, Año): | | |
| ¿En qué cree usted que se basó la discriminación? (Marque todas las opciones que correspondan) | | |
| [] Carrera | [] Color | [] Origen Nacional |

Explique con la mayor claridad posible cómo cree que fue discriminado en un programa o actividad del Condado. Describa a todas las personas involucradas, incluyendo a las que cree que lo discriminaron, e incluya los nombres, direcciones y números de teléfono de los testigos, si dispone de esa información. Adjunte páginas adicionales si es necesario.

Sección D:

| | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-----------|
| ¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal u organismo administrativo estatal o federal? | | Sí | No |
| En caso afirmativo, por favor indique lo siguiente: | Agencia Federal: | Agencia Estatal: | |
| | Tribunal Federal: | Tribunal Estatal: | |
| | Agencia Local: | Órgano Administrativo: | |
| | Fecha de Presentación: | | |

Declaro que los hechos y circunstancias anteriores son verdaderos y correctos según mi leal saber y entender.

Firma

Fecha

Envíe este formulario completo por correo electrónico, por correo postal o en persona a:

Departamento de Transportación
 Coordinador del Título VI
 2441 Headington Road
 Placerville, CA 95667
 Teléfono: (530) 621-5900
 Correo electrónico: dotengineering@edcgov.us