

Apéndice 1

Corcoran Area Transit

Formulario de queja Titulo VI

Nombre _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo postal _____

Numero(s) de telefono:

Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Domicilo de su Correo Electronico _____

Cualquier persona que crea que el o ella an sido sujetos de discriminacion en la base de lo siguiente: Raza Color Edad Desventaja fisica Religion Genero Origen de Nacionalidad, puede poner una queja con la Ciudad de Corcoran.

Todas las quejas que alegen discriminacion deben ser sometidas en escrito y directamente a el coordinador de Corcoran Area Transit a la direccion mencionada al termino de este forma. El coordinador de transito junto con el director de Obras Publicas seran responsables de estar al tanto de las investigaciones y respuestad sobre las quejas de discriminacion.

Fecha alegada del incidente: _____

Explique lo mas claro posible la naturaleza de su queja. Indique detalles especificos tales como el nombre de la agencia, nombre(s) de individuos envueltos en esta situacion, fechas, tiempo, testigos, y cualquier otra informacion que nos pueda asistir en la investigacion. Si necesita mas espacio para escribir su queja, use el reverse de esta hoja.

Ha usted archivado su queja con cualquiera de estas agencias? ___si ___no, si su respuesta es si marque todas las agencias que apliquen:

Corcoran Area Transit

Departamento de Transporte de California

Ciudad de Corcoran

Agencia Federal

Agencia del Estado

Corte Federal

Corte del Estado

Agencia Local

Favor de darnos informacion o el nombre de la persona con la que podamos hacer contacto en la agencia o corte donde usted ya archive su queja y tambien proveanos con una copia de su queja ya archivada.

Esta usted archivando esta queja para usted mismo(a)?

___si ___no

Si su respuesta es no, por favor proveanos con la relacion y el nombre de la persona por la cual usted esta llenando el Formulario de Queja, Titulo VI

Nombre _____

Relacion con la persona _____

Direccion completa _____

Numero de telefono _____

Si usted obtuvo permiso de la persona agraviada para llenar este formulario a nombre de el/ella, por favor confirme que usted es una tercera persona.

Firma

Fecha

Por favor mande esta forma a:

City of Corcoran

C-A-T

Attn: Coordinador de Transito

832 Whitley Avenue

Corcoran, CA 93212