



FORMULARIO DE QUEJA DE DISCRIMINACIÓN DE TÍTULO VI

La Comisión de Transporte del condado de Riverside (RCTC) se compromete a asegurar que no se excluya a ninguna persona de participar o que se le nieguen los beneficios de sus servicios debido al grupo étnico u origen nacional tan como lo dicta el Decreto de Derechos Civiles de Título VI de 1964, en su versión modificada. Las quejas deben presentarse en un lapso de 180 días después de la fecha de la presunta discriminación. Es necesaria la siguiente información para ayudar a la RCTC a procesar su queja. Si requiere ayuda para llenar este formulario, por favor comuníquese con el responsable de la Oficina de Derechos Civiles, Aaron Hake, llamando al (951) 787-7141.

Una vez que llene este formulario, preséntelo con la firma original, o una carta firmada, en persona o por correo a:

Aaron Hake, Deputy Executive Director Riverside County Transportation Commission
4080 Lemon Street, Third Floor
P.O.Box 12008
Riverside, CA 92502-2208

SI TIENE PREGUNTAS O REQUIERE AYUDA PARA OBTENER OTROS FORMATOS ACCESIBLES TALES COMO TIPOGRAFÍA GRANDE, TDD, AUDIO U OTRO, FAVOR DE LLAMAR AL: (951)787-7141. LOS USUARIOS CON IMPEDIMENTO DEL HABLA O DE AUDICIÓN, PUEDEN USAR EL SERVICIO DE TRANSMISIÓN DE CALIFORNIA, 711, Y DESPUÉS EL NÚMERO QUE NECESITA.

1. Información de contacto:

Nombre del reclamante: _____
Domicilio: _____
Ciudad, estado y código postal: _____
Teléfono: _____(hogar/trabajo) _____(celular)

¿Cuáles son los días y el horario más conveniente para que la RCTC se comunique con usted respecto a esta queja?

2. ¿Presenta usted esta queja por su propia cuenta? Sí: No:

Si respondió que sí, por favor vaya a la pregunta #3.

Si respondió que no, por favor explique por qué presenta esta queja a nombre de un tercero:

Si respondió que no, por favor confirme que cuenta con el permiso de la parte afectada,

si es que presenta usted esta queja a nombre de un tercero. Sí: No:

3. Fundamento de la(s) acción(es) discriminatoria(s):

Indique a continuación () todas las categorías que apliquen al acto (actos) de discriminación.

a.	<input type="checkbox"/>	Raza
b.	<input type="checkbox"/>	Grupo étnico
c.	<input type="checkbox"/>	Origen nacional

4. Fecha y lugar de la(s) presunta(s) acción(es) discriminatoria(s):

Incluya la primera fecha de la discriminación y la fecha más reciente de la discriminación:

Fecha: _____ Ubicación: _____

Fecha: _____ Ubicación: _____

5. ¿Cómo se discriminó en su contra?

Describa el tipo de acción, decisión o condiciones de la presunta discriminación. Explique lo más claro posible qué ocurrió y porqué cree usted que su condición protegida fue un factor en la discriminación. Incluya cómo otras personas fueron tratadas de forma diferente a usted. (Adjunte páginas adicionales de ser necesario).

6. Nombre de las personas responsables por la(s) acción(es) discriminatoria(s):

7. **Nombre de las personas (testigos, empleados, supervisores u otros) a quienes podríamos contactar para obtener información adicional en apoyo o aclaración de su queja:**

Nombre

Domicilio

Número telefónico

8. **¿Se ha presentado esta queja ante otra agencia investigadora federal, estatal o local?**
No **Sí** **Si respondió que "sí", indique la siguiente información:**

Agencia: _____

Persona de contacto: _____

Domicilio: _____

Núm. telefónico: _____

Fecha en que se presentó: _____

9. **Favor de proporcionar cualquier información adicional que considere de ayuda en la investigación:**

Puede adjuntar cualquier material por escrito u otra información que considere relevante para su queja.

Favor de firmar y anotar la fecha:

Firma del reclamante

Fecha

Si necesita información en otro idioma, llame al (951) 787- 7141.